

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE DERECHO**  
Departamento de Derecho Internacional Público y Derecho Internacional Privado



TESIS DOCTORAL

# **El transporte aéro-marítimo sanitario en los conflictos armados**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Francisco Javier Aragón Cánovas**

DIRECTOR:

**José Luis Fernández-Flores y Funes**

Madrid, 2015

TE  
1964

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID**

**FACULTAD DE DERECHO**

**DEPARTAMENTO DE DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO Y  
DERECHO INTERNACIONAL PRIVADO**



**EL TRANSPORTE AÉRO-MARÍTIMO SANITARIO  
EN LOS CONFLICTOS ARMADOS**

**Tesis Doctoral que presenta Fco. Javier Aragón Cánovas, bajo la  
dirección del Doctor, D. José Luis Fernández-Flores y Funes,  
catedrático de Derecho Internacional Público y Derecho Internacional  
Privado.**

**Madrid, 2006**

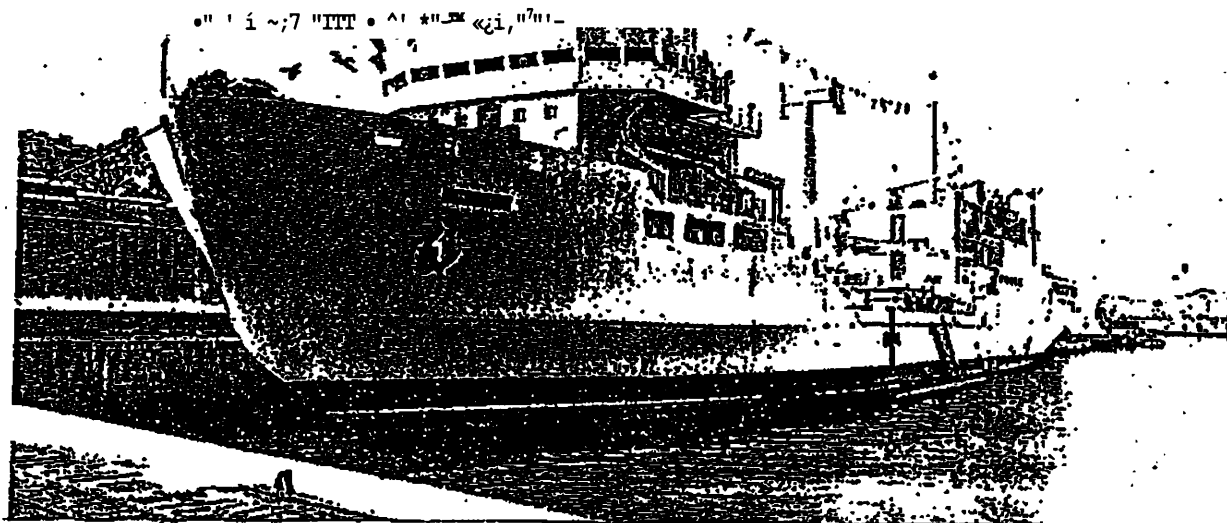




EL TRANSPORTE

AEREO-MARITIMO SANITARIO

EN LOS CONFLICTOS ARMADOS



**EL TRANSPORTE AÉRO-MARÍTIMO**  
**SANITARIO**  
**EN LOS CONFLICTOS ARMADOS**

## **TITULO PRELIMINAR**

## **TITULO PRELIMINAR**

### **1.) INTRODUCCIÓN**

Antes de emprender el estudio sobre los transportes sanitarios en tiempos de conflicto bélico, en especial buques y aeronaves sanitarias, a la sazón el objeto de la investigación propia del presente trabajo, que va a constituir el contenido de los próximos tres títulos, se considera necesario que antes de abordar los temas específicos del citado estudio, se exponga como contenido básico para una mejor comprensión de los títulos siguientes, presentar previamente en este título Preliminar, aparte de la estructura y una síntesis del contenido, aquellas cuestiones esenciales al derecho de la guerra y al derecho Internacional Humanitario, sin cuya exposición, aunque sea referencial en este título introductorio, el trabajo adolecería de inconexión y desintegración con respecto a la disciplina que es origen y fundamento de su regulación, ya que al tratarse de una materia extremadamente concreta, su tratamiento sin una perspectiva global del orden jurídico y de la situación fáctica en la que se incardina, resultaría difuso.

El presente trabajo se inicia con un **Titulo Preliminar**, que incluye una introducción general, presentación de la

estructura y síntesis de su contenido, y una exposición del derecho de los conflictos armados, que va a servir de referencia para el desarrollo del objeto del estudio de la regulación del transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos bélicos. Después se incluyen **TRES TÍTULOS**, cada uno de los cuales va a conformar los pilares para conocer la evolución histórica de la sanidad en el medio marítimo y aéreo, sus actores, testimonios de la realización de sus actividades, y los diferentes medios desde su inicio, para llevar a efecto el transporte sanitario tanto por agua como por aire (**TÍTULO I**); el análisis pormenorizado de los antecedentes, nacimiento y desarrollo de la regulación del transporte sanitario marítimo y aéreo en el marco bélico hasta la actualidad (**TÍTULO II**), y análisis de la normativa vigente para la protección de los transportes sanitarios marítimos y aéreos en tiempo de guerra (**TÍTULO III**).

## **2.) ESTRUCTURA Y SÍNTESIS DEL CONTENIDO**

Para abordar la realización de este trabajo, se ha apoyado en la estructura ya antes citada de una introducción (título Preliminar) y tres títulos, cuyos contenidos a continuación se señalan:

La parte correspondiente a la "Introducción o Título Preliminar" está dividida en tres partes, la primera que incluye una presentación-introductoria, ya aparecida en el anterior epígrafe n° 1, la segunda perteneciente al actual epígrafe, que versará sobre la estructura y contenido del objeto del estudio, y una tercera parte sobre el análisis

sobre el derecho de los conflictos armados, que comprenderá los epígrafes siguientes:

1°) La guerra y su relación con el Derecho Consuetudinario, en el que se expondrán las normas no regladas y usos de la guerra que existieron durante los diversos períodos hasta que se aprobó la primera norma en 1856 de la Declaración de París sobre la guerra marítima.

2°) La regulación en el derecho de los conflictos armados, especificándose las normas y fuentes en general y del transporte sanitario marítimo y aéreo en especial.

3°) La guerra y el Derecho Internacional Humanitario, reseñándose la compatibilidad entre la necesidad militar y las consideraciones de humanidad, así como fue la orientación del derecho de la guerra hacia dos cuerpos de normas, el derecho de Ginebra y el Derecho de la Haya, en el que en un principio se incluyeron las normas del transporte sanitario marítimo, hasta su unificación con los Protocolos de 1977.

4°) El concepto del transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados, concretándose el mismo y su regulación.

5°) El significado y características de la guerra marítima y aérea, para con ello obtener la apreciación suficiente para conocer el ámbito donde deberán desarrollar su actividad los transportes sanitarios, como es el caso del bloqueo y la excepción al mismo del paso de un transporte marítimo con medicamentos, para entregar a la población civil.

El primer título trata sobre el significado de la Sanidad tanto en la Navegación marítima como aérea, en la que se incluye, con respecto a la primera, los datos de los inicios históricos referentes a los medios y medidas sanitarias que se llevaban acabo en todo tipo de naves, y de singular manera en las destinadas a jornadas militares, así como quiénes han sido los profesionales encargados de su control y su regulación. Se apuntan también algunos valiosos testimonios de actuaciones de médicos militares españoles embarcados en los buques que participaron en los conflictos bélicos coloniales de finales del siglo XIX y en el interno civil del primer tercio del siglo XX, así como la organización y adecuación sanitaria de los buques de guerra. Posteriormente se entra a conocer dos de los medios de transporte sanitario marítimo que durante los conflictos armados iban a tener un papel fundamental en la salvaguardia de la vida de los heridos, enfermos y náufragos, esto es, las embarcaciones de salvamento y los barcos-hospitales. De las primeras conoceremos desde la causa de su existencia y sus primeros bautismos en los conflictos bélicos, respetándose sus primeras actuaciones como ambulancias marítimas cuando todavía no existía regulación que las protegiera, hasta cuando obtuvo el reconocimiento internacional como medio de transporte protegido. En cuanto a los barcos-hospitales, se estudiará su papel en las guerras en que han actuado, evolución, características, clases, indicándose aquellos que tuvieron alguna relevancia, e incluyéndose especialmente los que intervinieron o fueron proyecto en los conflictos armados que en España hubieran participado, sin olvidarnos de nuestra ultima guerra civil. Respecto a la navegación aérea, se incluirá una obligada referencia histórica al inicio de la aerostática, para introducirnos en el nacimiento de la aviación sanitaria en los conflictos

bélicos. Posteriormente se comprobará su rica aportación como un medio de transporte sanitario rápido, eficaz y accesible, no sólo para las zonas de tierra-adentro, sino también marítimas, ya que algunos de los modelos estarán adecuados para posibilitar el amerizaje en el agua. También se relacionarán los diferentes tipos de aviones sanitarios, su evolución, características, actuaciones más destacadas, sin olvidarnos del último aparato estrella que ha revolucionado el mundo del transporte sanitario, el helicóptero, que dadas sus características ha supuesto un hito histórico, pues con él se consigue llegar a los lugares de máxima complejidad en su acceso, donde a otros les sería imposible llegar, confiriéndole una alta utilidad, dada su eficacia, rapidez y seguridad.

Finalizará este título con la planificación de la evacuación de los heridos en conflicto armado, donde se incluirán las cuestiones relativas a su organización y operatividad.

El segundo título comienza con un capítulo 1, introductorio sobre el principio de las normas convencionales humanitarias, para posteriormente realizar el estudio sobre los pilares del nacimiento, desarrollo y evolución del derecho sobre el transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados, hasta su regulación actual. Dicho estudio se realizará mediante la exposición de los distintos textos de derecho, Conferencias internacionales, normas convencionales, congresos, tratados, reuniones de expertos, trabajos y aquellas circunstancias relevantes que provocarían su realidad jurídica.

Este título, a parte del citado capítulo I, incluirá dos más (capítulos 2 y 3); el segundo se corresponderá con el



inicio de la primera norma que regularía algunos aspectos sobre la guerra marítima (Declaración de París de 1856) hasta la segunda Conferencia de la Paz de la Haya de 1907. Esta primera etapa se subdividirá en dos fases, una desde la mitad del siglo XIX, hasta la Primera Conferencia de la Paz de la Haya de 1899 y una segunda, cuyo tramo comprenderá desde esta última Conferencia de 1899, hasta la ya citada Conferencia de la Paz de 1907.

Se comienza la primera etapa del capítulo 2, con la Declaración de París de 1856, pues aunque no regulase cuestiones relacionadas sobre el transporte sanitario, se entiende no obstante, que es realmente la primera novedad existente en la regulación sobre la guerra naval, siendo por tanto la primera norma que trataría del concepto de la guerra marítima, constituyendo el alumbramiento de toda reglamentación posterior donde se encontraría normalizado el transporte sanitario marítimo en los conflictos armados.

Después se ha considerado introducir la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1863 pues, aparte de constituir el verdadero punto de partida de la Cruz Roja, la misma crearía un primer texto donde se recogía aspecto del transporte sanitario en los conflictos armados, aunque sólo se tratase de la guerra terrestre.

No se podía obviar en este estudio el referente normativo del Derecho Internacional Humanitario, el Convenio de Ginebra de 1864<sup>1</sup>, puesto que éste constituye la piedra angular de la regulación jurídica internacional para la

---

<sup>1</sup> Jean S. Pictet: "La Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne". Ginebra 1952. El Convenio de Ginebra de 1864, dando validez internacional a los acuerdos y votos de la Conferencia de Ginebra de 1863, es así el punto de partida del vasto movimiento jurídico internacional para la protección de las víctimas de guerra que constituye el conjunto de la obra de Ginebra.

protección de las víctimas de la guerra, y por tanto el principio inspirador que serviría de base más tarde para los diferentes convenios que tratarían de la aplicación de la protección de las víctimas en los conflictos navales y aéreos y, por ende, de las normas sobre el transporte sanitario marítimo y aéreo.

Como antes se ha citado, se incluirían las diversas Conferencias Internacionales tanto Diplomáticas como de la Cruz Roja, textos de derecho, estudios que tendrán relación con el transporte sanitario marítimo, así como de aquellos conflictos bélicos con especial referencia a las guerras marítimas hasta el final del siglo XIX, que constituyeron el "iceberg" para que en 1899, durante la Primera Conferencia de la Paz, donde se desarrollaría uno de los grandes esfuerzos de codificación del derecho de la guerra, tuviese lugar la primera norma internacional válida que regulase el transporte marítimo sanitario: "la III Convención de la Haya". No obstante hay que hacer una mención especial dentro de las Conferencias Internacionales, a la Conferencia Diplomática de 1868, donde se acuerda la aprobación de unos Artículos Adicionales a la Convención de Ginebra de 1864, que recogen fundamentalmente la neutralidad de las ambulancias marítimas y los buques hospitales, abriendo un nuevo ámbito al derecho de la guerra, y aunque no obtuvo dicha norma su validez, marcaría en el DIH la salida para que se procurase en el futuro aplicar a la guerra marítima lo que ya se había procurado en la guerra terrestre.

Finaliza la primera fase de esta parte (capítulo 2) haciendo mención a la Declaración de la Haya de 1899 sobre la prohibición de utilizar globos para lanzar proyectiles, que a pesar de no tratar sobre el transporte sanitario, era

merecedora de su reseña por ser la primera regulación sobre el medio aéreo.

La segunda fase comienza con el inicio del siglo XX, donde se reseña la Convención de la Haya de 1904, relativa a los buques hospitales y su exención del pago de los derechos y tasas de los países beligerantes, como neutrales, en los puertos de las partes contratantes. Tras las exposiciones del Conflicto bélico ruso-japonés de 1904-1905 y la Conferencia Diplomática de 1906, donde se aprueba el Convenio de Ginebra del mismo año, que a pesar de tratar sólo del mejoramiento de la condición de heridos y enfermos en la guerra terrestre, se recogen cuestiones que servirían de base para las próximas regulaciones del transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados, y la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Londres de junio de 1907, donde se examinan los informes presentados por la Cruz Roja de Japón y la de Gran Bretaña, específicamente sobre temas del transporte sanitario marítimo en los conflictos armados, se llega a la Segunda Conferencia de la Paz de la Haya que finalizaría en octubre de 1907. En esta Conferencia se albergaría uno de los mayores logros en la codificación de derecho de la guerra, en la que se regularían diversos aspectos de la guerra marítima y en especial el del transporte sanitario, al acordarse en su X Convenio la aplicación a la guerra marítima de los principios del Convenio de Ginebra, haciéndose hincapié en las diferentes estipulaciones con respecto al anterior III Convenio de 1899.

Finaliza esta fase con un análisis de lo acontecido hasta 1907, sobre los aspectos técnicos y jurídicos del transporte sanitario marítimo.

El siguiente capítulo 3, correspondiente a la segunda etapa, comprende el período desde que finaliza la citada Conferencia de la Haya de 1907, hasta la actualidad, dividiéndose a su vez en dos fases. La primera comienza con los antecedentes y causas de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), donde se desarrollarán combates navales con un alto número de víctimas, especialmente ahogados, hasta antes del inicio de la otra Gran Guerra de 1939-1945. La segunda fase trata desde la Segunda Guerra Mundial, hasta la época actual. En esta etapa, que tendrá lugar el nacimiento del transporte sanitario aéreo y las normas para su regulación, así como el desarrollo del derecho en ambos ámbitos (marítimo y aéreo), hasta la normativa vigente, se relacionarán las cuestiones siguientes: normas internas que afectarán a los acuerdos convencionales; congresos; confrontaciones bélicas como la I y II Guerra Mundial, que desgraciadamente servirían de base para promover las normas que posteriormente se convenían para la regulación del Derecho Internacional Humanitario ; estudios de expertos; Conferencias Internacionales ; exposición de reseñas de la diversas normas relacionadas con la guerra marítima y aérea que proliferaron durante la mitad del siglo XX; textos propuestos como el de normas sobre la reglas aéreas de 1922 y 1923, que aunque fueron las primeras que tratarían de regular la guerra aérea, incluyéndose un articulado sobre la aviación sanitaria, nunca tuvieron validez; la Convención de Ginebra de 1929, donde por primera vez se regularía la protección de las aeronaves sanitarias, así como la Convención de Ginebra de 1949, que tras la Segunda Guerra Mundial se aprobó, adoptándose cuatro convenios, entre los que se incluye el II Convenio para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar, y los dos Protocolos de 1977, para

actualizar las normas internacionales aplicables a los conflictos armados.

También se hará una reseña especial a uno de los últimos textos, que aunque no tiene un obligado cumplimiento sirve de referencia destacada, como es el Manual de San Remo de 1994 sobre el Derecho aplicable en los conflictos armados en el mar, señalándose lo que se establece sobre el transporte sanitario marítimo y aéreo durante el conflicto bélico, y el tema referente a la Identificación en ambos transportes sanitarios, cuestión que en los últimos tiempos ha tenido la mayor trascendencia, por su problemática actual en la búsqueda de la mayor seguridad de los medios que transportan a los heridos, enfermos y náufragos.

Después, se señalaran aquellas cuestiones relativas a los medios técnicos, de señalamiento e identificación, así como los temas más novedosos como el Proyecto de Manual para la guerra aérea y los misiles (2004), propuestas de actualización del Manual de San Remo (2005), y la Conferencia Diplomática de diciembre de 2005 para la actualización sobre el emblema adicional a los de la cruz roja y media luna roja, donde se aprobaría la adopción y firma de un tercer Protocolo Adicional de los Convenios de Ginebra, creándose el emblema adicional del "cristal rojo".

El tercer y último título abordará el estudio de la regulación actual de los transportes sanitarios marítimos y aéreos, de acuerdo con lo estipulado en los Convenios de Ginebra de 1949 y los Protocolos Adicionales de 1977, en especial sobre los temas de la protección de los barcos hospitales y de las embarcaciones de salvamento; de los buques de transporte de material sanitario; protección de las aeronaves sanitarias; situación de protección del

personal religioso, médico, sanitario no facultativo y tripulación, y signo distintivo e identificación.

Se finalizará con un análisis general concluyente sobre los aspectos técnicos y jurídicos del transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados.

### **3.) EL DERECHO DE LOS CONFLICTOS ARMADOS Y EL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO.**

El Derecho de los Conflictos Armados, cuyo concepto corresponde al del conjunto de normas de Derecho Internacional relativos a la guerra, establecidos para la protección de las personas y de los bienes en tiempo de guerra o de conflicto armado entre los Estados, no justifica la guerra, sino que, considerada la guerra, intenta impedir y, en su caso, castigar ciertos actos que se cometen durante su desarrollo, y que en sí mismos son considerados infracciones de normas establecidas al efecto, particularmente los llamados "Crímenes de Guerra".

Si el objeto del trabajo corresponde al estado de una actividad como es el transporte en un medio como es el marítimo y el aéreo, y dentro de una situación especial como es el de un conflicto armado, se entiende que debe partirse del análisis de la guerra y su vinculación con las relaciones humanas. Por ello, en los apartados siguientes se tratará del conocimiento de los usos humanitarios anteriores al inicio de su regulación de la guerra; la regulación en el derecho de los conflictos armados, reseñándose sus fuentes y normas y la de los transportes

sanitarios, tanto marítimos como aéreos; la relación de guerra y el Derecho Internacional Humanitario, para saber la causa por la que inspiran los ideales humanitarios en el derecho de los conflictos armados; conocimiento del significado del concepto del transporte sanitario marítimo y del aéreo, y su ubicación normativa, y se finalizará con el análisis del significado de guerra marítima y aérea, como medios de actuación donde se va a desarrollar la actividad del transporte sanitario, entendiéndose adecuada su exposición, dado que se darán circunstancias bélicas precisas, como pudiera ser en el caso de la guerra marítima, cuando se traten cuestiones sobre el referido transporte y las relativas a temas, por ejemplo, del bloqueo y el derecho de paso de transportes con medicinas en acción de socorro, o la exclusión en el derecho de presa, de los barcos hospitales, ya que conociendo estas características será más fácil su comprensión.

### **3.1) La guerra y el derecho consuetudinario.-**

La guerra supone una situación execrable y deseablemente eludible, pero constituye, por el contrario, una realidad constante en el devenir de las relaciones humanas.

Precisando el concepto del derecho que a ella se refiere, se puede definir como el conjunto de normas de carácter internacional que somete tal situación a determinados límites establecidos para la protección de las personas y de los bienes durante el tiempo de guerra. Tal finalidad imbuje al derecho de guerra de un carácter humanitario del que dimana también su denominación de Derecho Internacional Humanitario.

Respecto a su ubicación legal, habrá que remitirse al Derecho Internacional Público, que configura tanto el derecho de la paz como el derecho de la guerra<sup>2</sup>. El cometido que desempeña el Derecho de la Guerra en el desarrollo del Derecho Internacional Público se remonta a los orígenes de este derecho, ya que los primeros contactos entre grupos sociales y comunidades pre-estatales eran, sobre todo, relaciones de conflicto. En este contexto, surgieron las principales normas consuetudinarias. Cabe señalar que las reglas consuetudinarias del derecho de la guerra tienen en todas partes un contenido idéntico y parecidas finalidades.

Desde el punto de vista histórico, la regulación jurídica de la guerra, como señala el profesor Fernández Flores, tiene orígenes relativamente modernos, sin perjuicio de que algunas prácticas primitivas de la guerra deban ser consideradas como remotos antecedentes de las normas vigentes, no debiendo negar que las leyes y los usos de la guerra son en gran parte las reglas mismas del Derecho Internacional aplicable a los conflictos armados.

En la formación del Derecho de los Conflictos Armados se han distinguido dos épocas, una correspondiente a la de normativa consuetudinaria, en la que una serie de prácticas más o menos observadas y producto del tiempo, llegan a ser consideradas como obligatorias para todos los Estados que toman parte en un conflicto bélico<sup>3</sup>, y otra a la que se debe

---

<sup>2</sup>El Derecho de la guerra no es la única rama del saber humano que se ocupa del fenómeno bélico, pues hay otras disciplinas que también lo estudian, influyendo decisivamente en el trato que el derecho, en concreto, da al fenómeno. Se han ocupado de la guerra otras áreas del saber humano, como ha ocurrido con las distintas religiones del mundo. Fernández-Flores; El Derecho de los Conflictos Armados, Ministerio de Defensa; 2001.

<sup>3</sup> En el derecho consuetudinario los buques hospitales, según el derecho Internacional y la legislación española, no faltaban antecedentes en



de calificar de Normativa Convencional, en la que los Estados concretan un conjunto de tratados que, unas veces son concreción de las costumbres, y otras introducen reglas nuevas de aceptación virtualmente universal.

Por otra parte, también hay que señalar que diversas Organizaciones han puesto a disposición de la Humanidad estudios, propuestas que, a cargo de expertos y mediante convocatorias o reuniones internacionales, han consensuado acuerdos que aunque no fuesen vinculantes, pudieran servir de hilo conductor en los Conflictos Armados cuando se den circunstancias que no hayan sido recogidas en algunas de las Normas de Derecho Internacional Humanitario.

El Derecho de la guerra es un derecho para la supervivencia de la Humanidad, como señalaba Veuthey, y es una realidad vital el hecho de que el Derecho Humanitario sea garante de la supervivencia de individuos, heridos, enfermos, náufragos, combatientes y civiles, incluso de poblaciones o de civilizaciones enteras. Aunque parezca tener una razón diferente, es necesario salvaguardar la idea de Humanidad en la guerra, y para salvaguardarla ha sido necesaria la existencia de las normas del Derecho de la Guerra y de aquellos estudios y propuestas de grupos de expertos, que han desembocado en recomendaciones y manuales, para tomar conciencia en la forma de actuar en un conflicto armado cuando no existiera norma expresa al efecto.

A lo largo de la Historia, se ha comprobado que los hombres realizaban estudios y propusieron normas para propiciar la

---

la historia del derecho internacional, pues según señalaba el Marqués de Olivart, desde fines del siglo XVI se encuentran más de trescientos tratados concluidos con el fin de aliviar la suerte de los heridos, aunque lo cierto es que el primer paso para un Convenio Universal encaminado a éste fin y con eficacia duradera estaba en las Conferencias Internacionales. Revista de la Marina. Febrero 1927. Tomo I, paginas 215-229.

existencia de Humanidad en las confrontaciones bélicas, demostrándose que se necesitaba analizar las barbaries de la guerra.

Si realmente sólo hace apenas más de siglo y medio cuando empiezan a aflorar los tratados y textos de Derecho Internacional Humanitario, no es menos cierto que la Humanidad en tiempos anteriores ha propiciado modos y formas para la regulación de la conducción de las hostilidades, pues aunque no reglamentada, existía la voluntad de respetar el espíritu de Humanidad y solidaridad, y ello pese a la vorágine en que todas las civilizaciones se han desenvuelto, con usos inhumanos y bárbaros, que la Historia nos ha demostrado.

Desde el inicio de la Historia y hasta la existencia de la primera norma verdaderamente internacional sobre el derecho de la guerra de mediados del siglo XIX (Declaración de París de 1856 sobre la guerra marítima), existieron unos usos humanitarios en la guerra que paliarían y rebajarían la crueldad.

A continuación se expondrán las diferentes actuaciones de los beligerantes y la práctica de los citados usos humanitarios, todavía no reglados, para reducir la dureza y crueldad de la guerra. Cabe dividir cuatro etapas, una que empezará desde el inicio de la Historia hasta el siglo V después de Cristo, "La Edad Antigua". Otra etapa comenzará con la caída del Imperio romano hasta el Descubrimiento de América (1492), "La Edad Media". El siguiente periodo corresponderá desde el referido Descubrimiento hasta la Revolución Francesa (1789), "La Edad Moderna". Posteriormente, se concluirá con la etapa de la Edad Contemporánea que comprenderá desde la citada Revolución

hasta la mitad del siglo XIX.

### **3.1.1) La Edad Antigua:**

Las leyes de la guerra, a pesar de que se pueda pensar que su origen pueda corresponder al final de la Edad Media, son tan antiguas como la propia guerra<sup>4</sup>.

En este periodo, que cuenta con cuatro mil quinientos años, desde el inicio de la Historia hasta el Siglo V después de Cristo, se aplica un conjunto de usos de carácter religioso<sup>5</sup>, en gran parte seguido por los distintos pueblos en sus constantes luchas.

Este periodo destaca porque la práctica guerrera era cruel<sup>6</sup>. No obstante, aparecen ciertos usos humanitarios o mitigadores de dicha crueldad<sup>7</sup>. Se han podido encontrar costumbres humanitarias en los pueblos primitivos (melanésicos, nilotes, esquimales, indígenas de Oceanía). Sirve de ejemplo el uso de la devolución del jefe enemigo a cambio de un rescate y la protección de heridos y ancianos, destacándose cierta protección para los enemigos heridos y los legados<sup>8</sup>, así como para los prisioneros, algún respeto para la población no combatiente, especialmente las mujeres<sup>9</sup>, y algunas prevenciones sobre la no aniquilación

---

<sup>4</sup> Jean Pictet. Desarrollo y principio del Derecho Internacional Humanitario. RICR 31-12-1986. Ref. 2059, pg. 2.

<sup>5</sup> J. Luis Fernández-Flores. El Derecho de los Conflictos Armados. De Iure Belli. El Derecho de la Guerra. Derecho Internacional Humanitario. El Derecho humanitario bélico. Ministerio de Defensa. Madrid, 2001. Pág.198.

<sup>6</sup> J. Luis Fernández-Flores, obra citada pág. 199.

<sup>7</sup> J. Luis Rodríguez Villasante. Guerra y Derecho. La regulación jurídica de los conflictos armados. Revista general de la Marina. Mayo, 1988.

<sup>8</sup> V. Penna. Disposiciones escritas y consuetudinarias relativas a la conducción de las hostilidades y trato que recibían las víctimas de los conflictos armados en la antigua India. RICR, nº 94. Julio-Agosto 1989.

<sup>9</sup> J. Pictet, artículo ya citado. RICR 1986, pág. 4. "Alejandro Magno trató humanamente a los vencidos y ordenó respetar a las mujeres".

de la propiedad enemiga<sup>10</sup>. En cuanto a la sanidad, ya existían avances, cuyo ejemplo era la organización militar de los romanos<sup>11</sup>.

### **3.1.2) La Edad Media:**

Con la caída del Imperio Romano hubo un mundo distinto, en el que empiezan a emerger los pueblos con carácter propio. Dentro de este periodo hay que diferenciar dos etapas, la Alta Edad Media y la Baja Edad Media, dos épocas en donde la guerra fue una constante y la crueldad era lo usual.

Hay que destacar que en esta época, se adoptan normas para la guerra marítima<sup>12</sup>, especialmente los usos y costumbres de las ciudades mediterráneas. Usos marítimos recopilados en libros como el del Consulado del Mar (Barcelona, Siglo XII), las "Rules de Ohrm", las "Reglas de Wisby" o el "Guidom de la mer". Allí se regularon las nacientes instituciones del Derecho de la guerra en el mar (comercio por vía marítima, presas, neutralidad), alcanzando un desarrollo y una aceptación internacional notoriamente superior a las primeras normas de derecho terrestre<sup>13</sup>.

Por último, en este periodo cabe concluir que aunque fuesen poco respetadas las costumbres anteriores, se añadieron las prohibiciones de hacer guerras injustas<sup>14</sup> y combatir en

---

<sup>10</sup> J. Luis Fernández-Flores, obra citada, pág. 200.

<sup>11</sup> J. Pictet, artículo ya citado. RICR 1986. En cada cohorte, es decir, por cada 500 - 600 hombres, había al menos un médico, y en la Legión, que constaba de 10 cohortes, prestaba servicio un *medicus legionis*, una especie de Jefe de sanidad.

<sup>12</sup> J. Luis Fernández-Flores, obra citada, pág. 201.

<sup>13</sup> J. Luis Rodríguez Villasante, obra citada.

<sup>14</sup> J. Pictet, obra citada, RICR 1986: "todo el que conoce la naturaleza humana sabe que la guerra justa es la que uno mismo hace, y que la guerra injusta es la que hace su adversario (...) Por otra parte, el mito de la guerra justa frenará, durante siglos, los progresos humanitarios".

ciertos periodos, utilizar determinadas armas de combate<sup>15</sup> y extender la guerra a los no combatientes<sup>16</sup>.

### **3.1.3) La Edad Moderna:**

Con la llegada de este periodo, que comienza con el descubrimiento de América (1492) y termina con el inicio de la Revolución Francesa (1789) el panorama de guerra cambia de signo. En este tiempo, que consta de unos 300 años, en el que desaparecida la vieja Cristiandad medieval, los Estados se encuentran en guerra continua, dentro de lo que se ha llamado el equilibrio de poderes, por el cual las alianzas y guerras constantes sólo responden a la idea de evitar que ningún Estado llegue a adquirir un poder notable superior a los demás. En esta Edad, donde aparecen por primera vez las armas de fuego, los ejércitos se convierten en reales y mercenarios, el poder del Estado sucede al feudalismo y nace cierta solicitud para con los prisioneros y los heridos<sup>17</sup>. Se pueden distinguir dos periodos, el del poderío español, que dura hasta los Tratados de Westfalia de 1648, y el de la supremacía francesa que va desde esta última fecha, hasta la Revolución.

En este espacio de tiempo se desarrolla ampliamente el "Ius in bello" con motivo de la acción de la doctrina, que

---

<sup>15</sup> J. Pictet, obra citada: *"En 1939, el segundo Concilio de Letran prohibió la ballesta. Se puntualizó que podía emplearse contra los infieles. Lo mismo ocurría con respecto a los venenos"*.

Fernando M. de Lasala. La protección a los heridos, enfermos y naufragos de las Fuerzas Armadas en campaña. 1964. Pág. 26: *"Inocencio III intentó prohibir toda suerte de proyectiles"*.

<sup>16</sup> J. Pictet, obra citada: *"El Vigâyet, escrito hacia el 1280, es un verdadero código de leyes de la guerra, concebido en el apogeo del reino sarraceno en España: se prohíbe matar a las mujeres, a los niños, a los ancianos, a los dementes, a los inválidos, a los parlamentarios, se prohíbe mutilar a los vencidos..."*.

Fernando M. Lasala, obra citada, pág. 26: *"Ricardo II, en 1385, prohibió en sus estatutos, ordenanzas y costumbres el asesinato, la violación, así como lanzar el "grito de Havoc" que daba la señal para el pillaje"*.

<sup>17</sup> J. Pictet, publicación ya citada.

recoge y perfila las costumbres anteriores y apunta a nuevas normas de comportamiento y a la aparición de los ejércitos profesionales encuadrados por una oficialidad educada militarmente.

En cuanto a la guerra marítima, se desarrollan los tratados bilaterales o multilaterales, como la Convención anglo-holandesa de 1689, la Rule of the War inglesa de 1756, la primera Declaración de Neutralidad Armada de 1800 y las Reglas de Washington de 1871<sup>18</sup>. Es de resaltar lo manifestado por Grocio, precursor del derecho de gentes, en cuanto que "el derecho no precedía a la acción, sino que se deriva de ella", no siendo el mismo la expresión de la justicia divina<sup>19</sup>.

En conclusión, la violencia de guerra, al menos desde el punto de vista teórico, parece que se reduce al combate entre los ejércitos, quedando al margen la población no combatiente, y se protege a los heridos que no pueden combatir y a los prisioneros de guerra.

#### **3.1.4) La Edad Contemporánea hasta la mitad del Siglo XIX.:**

Los progresos doctrinales del siglo XVIII van a significar, desde la Revolución francesa, un gran impulso en las concepciones del Derecho de guerra.

A partir de la citada Revolución y su epílogo de las crueles y estériles guerras napoleónicas, se celebra el conocido Congreso de Viena (1815) que reestructura el mapa de Europa.

Hay que recordar que con Napoleón el suelo europeo fue

---

<sup>18</sup> J. Luis Rodríguez Villasante, obra citada.

<sup>19</sup> J. Pictet, documentación ya citada.

testigo de los números de muertos tanto franceses como extranjeros que yacían en los campos de batalla, así como de la no preocupación de los males de la guerra, ni de los heridos, incluyéndose a los propios franceses, ni tampoco de los sufrimientos de la población civil, ni del respeto a la propiedad de las poblaciones.

Desde dicho momento y hasta mediados del siglo XIX, las guerras se limitan en su violencia y se van imponiendo unos usos de guerra que, recogiendo reglas consuetudinarias anteriores o formulando nuevas normas, llegan a establecer un cuerpo de reglas que, aunque no marquen la idoneidad, no dejan de mostrar un atisbo de humanidad<sup>20</sup>.

Cabe reseñar que en base a esa humanización de la guerra, al menos en Europa, se aprobaron acuerdos como el Tratado de amistad y paz firmado por Federico el Grande y Benjamín Franklin en 1785, con el fin de proteger al individuo<sup>21</sup>.

### **3.2) La Regulación en el Derecho de los Conflictos Armados: Normas y Fuentes en general y del Transporte sanitario marítimo y aéreo en especial.**

La regulación del Derecho Internacional de los Conflictos Armados se conforma mediante el binomio "Fuentes-Normas".

En cuanto a las **Fuentes**, son la ley (Tratados), la

---

<sup>20</sup> J. Luis Fernández-Flores, obra citada.

<sup>21</sup> J. Pictet, documentación citada. En dicho tratado se estipulaba que, en caso de conflicto, se renunciaría al bloqueo, y que las personas civiles enemigas podrían salir del país después de cierto plazo. "La repetición de tales cláusulas -señalaba Pictet- creó un verdadero derecho consuetudinario, y entre otros cabe destacar la inmunidad de los hospitales, que los heridos y enfermos no se consideraban prisioneros de guerra y eran atendidos por el ejército captor, que los médicos y sus ayudantes estaban exentos de cautividad y que serían devueltos a las respectivas líneas".

costumbre (costumbres de la guerra o normas generalmente reconocidas) y los principios generales de la justicia y equidad a las que deben unirse, de modo complementario, los actos de las organizaciones internacionales, especialmente la Organización de las Naciones Unidas, Cruz Roja Internacional, algunos actos unilaterales de los Estados y los denominados medios auxiliares, a saber, la jurisprudencia y la doctrina<sup>22</sup>.

En cuanto a los Tratados, éstos se elaboran por el procedimiento de reunión de conferencias de expertos, que preparan y propician el ánimo de encuentro y de conferencias diplomáticas en las que se define el texto que se presenta a la ratificación de los Estados. En su mayor parte, el impulso proviene de la Cruz Roja y concretamente de su Comité Internacional (C.I.C.R.)<sup>23</sup>. El contenido de los tratados es un contenido de mínimos que se impone sobre los acuerdos particulares entre Estados.

Los tratados, como normas convencionales y codificadoras del derecho de los conflictos armados, surgen a partir del siglo XIX, con base o no en las anteriores normas consuetudinarias. La primera norma codificada internacional es la Declaración de París de 16 de abril de 1856 sobre distintos aspectos de la Guerra Naval, por la que se prohibía la figura del corso, se regulaba la relación buque-mercancía y la situación de bloqueo. En cuanto al transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados hay que remitirse al III Convenio de la Haya de 29 de julio de 1899, sobre la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864, y a la Convención de Ginebra de 1929, como

---

<sup>22</sup> J. Luis Fernández-Flores, obra ya citada, pág 187.

<sup>23</sup> J. Luis Fernández-Flores, obra cit. Pág 187.



primeras normas que respectivamente los regularon por primera vez.

Respecto a la Costumbre, ésta cumple una función complementaria y supletoria de los tratados, recurriéndose a ella especialmente cuando los Estados no son parte en normas convencionales y éstas no le son aplicables, o cuando tales normas convencionales presentan problemas o lagunas. Los usos y costumbres en la guerra son la fuente originaria del derecho de los conflictos armados. La costumbre abarca desde los orígenes de la Humanidad hasta mediados del siglo XIX y se compone de las prácticas que, observadas en el tiempo, llegan a ser consideradas como de obligado cumplimiento para las partes de un conflicto bélico<sup>24</sup>.

Sobre los Principios Generales del Derecho de los Conflictos Armados, cabe señalar que existe un "explícito reconocimiento a éste de los principios generales del derecho (artº 2, apartado b, del Protocolo I de 1977)<sup>25</sup>" que se infieren de los usos establecidos entre naciones civilizadas, de las leyes de carácter humanitario y de la conciencia pública. Tales principios se asientan en la idea básica y esencial de humanidad, siendo definitivamente el principio que trasciende todo el Derecho de los Conflictos Armados el criterio de humanidad. La más moderna relación de fuentes se contiene en el artículo 38 del Estatuto del Tribunal Internacional de Justicia, que establece que se aplicará para resolver las controversias que le sean

---

<sup>24</sup> Manuel Pérez González. Derecho Internacional Humanitario, elaborado por el Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario, -CEDIH- de Cruz Roja Española. Tema I Introducción Internacional Humanitario frente a la violencia bélica: Una Apuesta por la Humanidad en situaciones de conflicto. Año 2002. Pág. 45.

<sup>25</sup> J.Luis Rodríguez-Villasante. Derecho Internacional Humanitario. Coordinador del texto elaborado por el CEDIH, de Cruz Roja Española. Tema II, Fuentes del Derecho Internacional Humanitario, págs 61-85.

sometidas: a) las convenciones internacionales, b) la costumbre internacional, c) los principios generales de derecho reconocidos por las naciones civilizadas y d) las decisiones judiciales y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia de las distintas naciones, como medios auxiliares. Todo ello sin perjuicio de la facultad de las partes de optar por un juicio de equidad<sup>26</sup>.

Las "**Normas**", otra de las partes del citado binomio fuentes-normas, del Derecho Internacional Humanitario, pueden sistematizarse en "Directamente Humanitarias" que resultan aplicables a situaciones surgidas de la guerra y que se desenvuelven en el margen de ella y se refieren a la protección de heridos, enfermos, náufragos, prisioneros de guerra, población civil y ciertos bienes; "Indirectamente Humanitarias" aplicables en el combate; y las "Normas sobre régimen de neutralidad", la cual es una cuestión tangencial de los conflictos armados.

Las Normas generales vigentes, aplicables a los combatientes, a la acción bélica y a los objetivos militares, las incluidas en los textos básicos, corresponden a los Convenios I, II, III y IV de Ginebra de 12 de agosto de 1949 y Protocolos I y II, de 8 de junio de 1977, adicionales a los Convenios de Ginebra.

En cuanto a las "Normas" de carácter específico reguladoras de la guerra marítima y en especial del transporte sanitario marítimo (**éstas se señalan en negrita**) las siguientes:

La Declaración de París de 16 de abril de 1856 sobre ciertos aspectos de la guerra naval entre otros los ya

---

<sup>26</sup> J.Luis Fernandez-Flores, obra ya citada, pág. 185.

citados de abolición de la patente de corso, la regulación del bloqueo y la regulación del pabellón neutral; **la III Convención de la Haya, de 29 de julio de 1899, sobre la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 1864<sup>13</sup>; la Convención de la Haya de 21 de diciembre de 1904 sobre ciertas exenciones de los buques hospitales en tiempo de guerra;** la VI Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907 relativa a la condición de los barcos mercantes enemigos al comienzo de las hostilidades; la VII Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907, relativa a la conversión de los barcos mercantes en buques de guerra; la VIII Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907, relativa a la colocación de minas submarinas de contacto automático; la IX Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907, sobre el bombardeo por fuerzas navales en tiempos de guerra; **La X Convención de la Haya de 18 de octubre de 1907 para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra;** la XI Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907, sobre ciertas restricciones al ejercicio del derecho de captura en la guerra naval; la XIII Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907, sobre derechos y deberes de las Potencias neutrales en la guerra naval; la Declaración de Londres de 26 de febrero de 1910, relativa a las leyes de la guerra naval, declaración que no fue ratificada por ningún Estado aunque algunos la observan en la práctica; el "Proces-verbal" de Londres de 6 de noviembre de 1936, relativo a las reglas sobre la guerra submarina; el Acuerdo de Lyon de 14 de septiembre de 1937 y el suplementario del mismo mes y año, sobre ataque de submarinos a barcos mercantes; **II Convenio de Ginebra de 1949, incluyéndose algunas estipulaciones de los demás Convenios de 1949 (artículo 20 del I Convenio; artículo 75 del III Convenio; artículos 21,23,59,60 y 111 del IV Convenio) y los Protocolos**

## **Adicionales de 1977.**

Las "Normas de carácter específico reguladoras de la guerra aérea y en especial del transporte sanitario aéreo" (**éstas se señalan en negrita**), son las siguientes:

La Declaración de la Haya, de 29 de julio de 1899, relativa al lanzamiento de proyectiles desde lo alto de globos o por medios análogos, aplicándose desde el 4 de septiembre de 1900 al 4 de septiembre de 1905; la Declaración XIV de La Haya de 18 de octubre de 1907 prohibiendo arrojar proyectiles y explosivos desde globos, declaración cuya vigencia estaba prevista hasta la celebración de la Tercera Conferencia de Paz y que, como quiera que tal Conferencia no llegó a celebrarse, sigue formalmente en vigor; el esbozo de reglas sobre la guerra aérea de la Comisión de Juristas de La Haya de diciembre de 1922 y febrero de 1923, que no obtuvieron aceptación oficial y que lamentablemente no son obligatorias pese a su fuerza moral, y la Resolución de la Asamblea de la Sociedad de Naciones de 30 de septiembre 1938 sobre protección de la población civil contra los bombardeos aéreos en caso de guerra; **Convenio de Ginebra de 27 de julio de 1929, para la mejora de la suerte de heridos y enfermos de los ejércitos en campaña (capítulo V); El I Convenio de Ginebra de 1949 (artº 36 del capítulo VI), II Convenio de Ginebra (capítulo V), III Convenio (artº 75 del capítulo VIII, sección V) y IV Convenio (artículos 22,23,59,60 y 111); y Protocolos Adicionales de 1977.**

En relación a las antes referidas "Normas directamente Humanitarias", que son de aplicación a las personas que están fuera de combate, les contempla el II Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949, sobre el mejoramiento de

la condición de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas del mar; y el I Protocolo de 8 de junio de 1977, adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales.

También se pueden señalar otras "normas", como las "reguladoras del régimen de neutralidad" correspondientes a las Convenciones V y XIII de las de La Haya de 18 de octubre de 1907, relativas a los derechos y deberes de las Potencias neutrales en la guerra naval y sobre neutralidad en la guerra marítima.

Para cerrar esta relación de normas sobre los conflictos armados, resulta conveniente citar aquellas actualmente vigentes, correspondientes a las "normas reguladoras de los conflictos armados no internacionales o guerras impropias", a la sazón el artículo 3, común a los cuatro Convenios de Ginebra de 1949, y el Protocolo II de 8 de junio de 1977, adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional.

### **3.3) La guerra y el Derecho Internacional Humanitario.-**

La guerra, que configura la historia de la humanidad, no es cuestión superada y erradicada. No obstante, desde los últimos ciento cincuenta años, se observa una decidida evolución hacia, al menos, su humanización.

Si nos preguntamos ¿dónde nace la necesidad de humanizar la guerra?, debemos respondernos que del rechazo racional a la misma y de que el hombre tiene asumido la imposibilidad de su erradicación.

Por otra parte, el principio fundamental del derecho Internacional Humanitario resulta de un compromiso entre dos conceptos contrarios: La humanidad y la necesidad<sup>27</sup>.

Los ideales humanitarios inspiran todo el Derecho Internacional de los conflictos armados dado que sus normas limitan y reglamentan la violencia en los combates, y conforman también esencia y fundamento de este derecho<sup>28</sup>.

Jean Pictet entiende que el Derecho Internacional Humanitario, en sentido amplio, está constituido por el conjunto de disposiciones internacionales, escritas y consuetudinarias, que garantizan el respeto de la persona humana y a su desarrollo. En un sentido más estricto, Pictet considera que el Derecho Internacional Humanitario propiamente dicho tiende a salvaguardar a los militares que se hallan fuera de combate, así como las personas que no participan en las hostilidades<sup>29</sup>.

Por lo tanto se puede señalar que el principio básico en esta materia, y que inspira a todos los demás, es el de que las necesidades militares han de armonizarse con las consideraciones de humanidad.

Por otra parte, el Derecho de los Conflictos Armados intenta evitar sufrimientos en las guerras. La protección

---

<sup>27</sup> Jean Pictet. El derecho Humanitario y la protección de las víctimas de la guerra. Año 1973, pág 31.

<sup>28</sup> J.Luis Rodríguez-Villasante, obra citada. Pág 37.g

<sup>29</sup>J.Pictet. Desarrollo y principios del derecho internacional humanitario.RICR. 21-12-1986. ref. 2059.

de los seres humanos hay que llevarla a efecto por cualquier medio legítimo, y uno de ellos es el Derecho.

También hay que indicar que a partir del Convenio de Ginebra de 1864, de la Declaración de San Petersburgo de 1868 y de los Convenios de La Haya, el derecho de la guerra se orienta, en el campo del derecho internacional convencional, hacia perspectivas bien articuladas: la protección internacional de las víctimas de conflictos armados, por una parte, y, por otra, la limitación de los medios y de los métodos de combate. Estos dos cuerpos de normas son conocidos como Derecho de Ginebra y Derecho de la Haya, respectivamente. El conjunto de ambos cuerpos de normas forma lo que se ha solido llamar *Ius in bello*, constituyendo el derecho aplicable en la guerra.

También hay que señalar que en base a los citados cuerpos normativos, del clásico Derecho Internacional de la guerra sólo quedan aquellas reglas tendentes a convertir el conflicto armado, actualmente prohibido, en más humano, por lo que atañe a su desenvolvimiento. Las normas que permanecen aún en vigor son las que forman actualmente el Derecho Internacional Humanitario, que constituye una parte esencial del citado Derecho internacional, pudiéndolo conceptuar como "aquel cuerpo de normas internacionales de origen convencional y consuetudinario, específicamente destinado a ser aplicado en los conflictos armados, internacionales o no internacionales, y que limita el derecho de las partes en conflicto a elegir libremente los métodos y medios utilizados en la guerra (Derecho de la Haya), y que protege a las personas y a los bienes afectados (Derecho de Ginebra). Su objetivo es reducir y evitar en lo posible los sufrimientos causados por la

guerra, tratando de proteger a las victimas y de ayudarlas en la medida de las posibilidades.

El Derecho Internacional humanitario se materializa como propuesta viable dentro del derecho internacional en 1864, con la firma del primer Convenio de Ginebra, "para aliviar la suerte de los heridos en el campo de batalla". Cabe señalar que en este Convenio se incluyeron un conjunto de normas jurídicas (*Iuri Belli*) para aplicarse en la guerra (*Ius in Bellum*) y que constituyeron las disposiciones reguladoras en la conducta en la misma, comprendiendo tanto las reglas sobre medios y métodos de combate -leyes de guerra-, como la protección de las victimas de los conflictos armados -leyes de derecho humanitario- cuyo objeto era mitigar las consecuencias del empleo de la fuerza, y la reducción de los efectos de la misma, promoviéndose el ya citado principio de humanidad.

Esta parte del Derecho Humanitario, cuyo derecho consuetudinario ha sufrido diferentes modificaciones y desarrollos importantes, se consolida mediante la elaboración de una serie de tratados multilaterales comúnmente denominados Convenios de Ginebra, en los que se ha ido incluyendo cuestiones relativas con la guerra marítima y aérea y por ende, la protección en los transportes sanitarios en estos ámbitos, hasta los últimos grandes pilares convencionales como son los actualmente vigentes convenios de Ginebra de 1949 y los dos Protocolos Adicionales de 1977.

La humanidad es la esencia, fundamento y principio que constituye el Derecho de los Conflictos Armados, y por tanto el principio de humanidad informa de todo el Derecho de los Conflictos Armados, y aunque se haya querido



distinguir entre los ya citados y llamados Derecho de la Haya y el denominado Derecho de Ginebra, no hay que llevarse a equívocos, pues el Derecho de los Conflictos Armados apuntan de forma directa o indirecta a la humanización de la guerra y, por tanto, todo este Derecho es humanitario<sup>30</sup>. Se debe señalar que desde que se adaptaron en Ginebra los Protocolos de 1977, tal diferencia entre el Derecho de la Haya y el Derecho de Ginebra no existe, pues ha desaparecido.

Anteriormente se ha reseñado el Convenio de Ginebra de 1864 como la primera apuesta para promoverse la humanización en los conflictos bélicos. No obstante en dicho Convenio no se incluían reglas para aplicarse a la guerra marítima y aérea. Se empieza a tener alguna iniciativa en dichos ámbitos en el año 1868, en el que se hizo un intento para asegurar la protección de los heridos, enfermos y náufragos en el mar, con motivo de extender los mismos principios a aquéllos de la Convención de 1864. Sin embargo, no entró en vigor. Había que esperar hasta 1899, para que se proclamasen por primera vez unas normas, las primeras reglas vigentes relacionadas con el objeto de este trabajo: me refiero a la especial protección de los buques hospitales, establecido en la III Convención de la Haya de 1899, para la adopción en la guerra marítima a los principios de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864.

Posteriormente, la Convención de la Haya de 21 de diciembre de 1904 reguló la exención de pago de tasas de los barcos hospitales en los puertos.

---

<sup>30</sup> J.Luis Fernandez-Flores, obra ya citada, pág 175.

Con motivo de la II Conferencia de la Paz de 1907, se aprobó la X Convención de la Haya de 1907, con especial referencia a los transportes sanitarios marítimos, pues adaptó a la guerra marítima los principios de la Convención de 1906, que solo trataba de los transportes terrestres. No obstante, se aprobaron otros Convenios que sirvieron de base para incluir alguna de sus estipulaciones, reglamentando aparte cuestiones en general relativas a la guerra marítima como la conversión de buques de mercantes en buques de guerra; condición de los buques mercantes enemigos al comienzo de las hostilidades; minas submarinas de contacto automático; bombardeo por fuerzas navales en tiempo de guerra y restricciones al ejercicio del derecho de captura en la guerra naval.

Cabe señalar que tanto la III Convención de 1899 y la X Convención de 1907, primeras normas reguladoras del transporte sanitario marítimo, a pesar de incluirse dentro del Derecho de La Haya para regular los medios y modos de la guerra, no obstante eran normas más propias del Derecho de Ginebra, ya que regulaban la protección de las víctimas.

Después de la Convención de la Haya de 1907 no hubo regulación alguna sobre el transporte marítimo sanitario hasta la Convención de Ginebra de 1949, y posteriormente los Protocolos de 1977. No obstante, en cuanto a la guerra marítima hubo algunos proyectos que no llegaron a fructificar como la Declaración de Londres de 26 de febrero de 1910, sobre leyes en la guerra naval; El manual de Oxford de 9 de agosto de 1913 adoptado por el Instituto de Derecho Internacional y el Tratado de Washington de 6 de febrero de 1922, relativo al uso de submarinos<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> J.Luis Fernández-Flores, obra ya citada, págs 208-218.

En cuanto al transporte aéreo sanitario, la primera vez que se regula es en la Convención de Ginebra de 1929, habiendo estando en vigor hasta la referida Convención de Ginebra de 1949, en donde se reglamentaron los aspectos concernientes al mismo, y posteriormente en los Protocolos Adicionales de 1977.

Respecto a la guerra aérea, si se dictaron varias normas, como en la Convención de la Haya de 1899, referente a la prohibición de lanzamientos de proyectiles desde los globos, así como la Convención de la Haya de 1907, en el mismo sentido. Al margen de estas normas, no se puede obviar la correspondiente a la Declaración de Madrid del Instituto de Derecho Internacional, de 22 de abril de 1911, que consideró permitida la guerra aérea a condición de que no presentase para las personas y las propiedades de la población pacífica más graves peligros que la guerra terrestre y marítima.

La guerra aérea, como se ha podido apreciar, ha estado bastante carente de regulación específica, por lo que en su momento se optó por dictar Reglas de la Guerra aérea, que fueron adaptaciones de la guerra terrestre o marítima.

#### **3.4) Concepto Normativo del Transporte Sanitario Marítimo y Aéreo en los Conflictos Armados.-**

Para realizar el análisis sobre "el transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados", es obligado conocer en primer lugar de que cuestión se esta tratando y que normas amparan su regulación. En cuanto a su

concepto, se debe diferenciar entre el significado del propio transporte sanitario y el de medio de transporte sanitario. El artº 8, (f) y (g) del Protocolo I de 1977, señala que se entiende por transporte sanitario el transporte por tierra, por agua o por aire de los heridos, enfermos y náufragos, del personal sanitario o religioso o del equipo material sanitarios protegidos por los Convenios y por el presente Protocolo. Y por medio de transporte sanitario, todo medio de transporte, militar o civil, permanente o temporal, destinado exclusivamente al transporte sanitario, bajo la dirección de una autoridad competente de una Parte en conflicto. De acuerdo con dicho precepto, se aprecia la diferencia citada, pues una cuestión es el transporte en sí mismo, que incluye cualquier medio, y de personas protegidas, y otra distinta los medios que se utilizan para ello, en los que caben los de tipo de carácter militar o civil, permanente o temporal, valiéndose de vehículos, embarcaciones o aeronaves sanitarias<sup>32</sup>.

Respecto de los transportes marítimos y aéreos sanitarios, se trata de aquellos que utilizan como medio una embarcación o una aeronave sanitaria. El artº 8 (h), establece que se entiende por buque y embarcación sanitarios, todo medio de transporte sanitario por agua, y el artº 8 (j), entiende por aeronave sanitaria, todo tipo de medio de transporte sanitario por aire. Dichos medios serán objeto de protección, la cual es indispensable para cumplir las labores humanitarias para realizar las acciones de rescate y evacuación de los heridos, enfermos y náufragos, así como el traslado de material de socorro.

---

<sup>32</sup> Hasta la llegada de los Protocolos de 1977, nunca se había abordado la definición del transporte sanitario en los conflictos armados.

Las embarcaciones que están contempladas como medios para el transporte sanitario por agua en los conflictos armados, podrán corresponder de acuerdo con lo estipulado en II Convenio de Ginebra de 1949 al tipo de buques hospitales militares de las partes en conflicto (art° 22); buques hospitales utilizados por las sociedades nacionales de la Cruz Roja o por otras sociedades de socorro oficialmente reconocidas o por particulares (art° 24), o incluso si son de un país neutral (art°25); embarcaciones de salvamento utilizadas por el Estado o por sociedades de socorro oficialmente reconocidas (art°27); y botes salvavidas de los referidos buques hospitales (art°26); y barcos fletados para el transporte de material sanitario (art° 38).

En cuanto a las aeronaves sanitarias, la regulación actual no establece diferentes clases, por lo que debe incluirse cualquier tipo, a pesar de sus diferentes características, como son las avionetas, hidroaviones, aviones, helicópteros, etc.

### **3.5) Guerra Marítima y Aérea: su significado como medios de actuación del transporte sanitario.**

Se entiende como cuestión de interés para conocer con mayor objetividad el estudio de este trabajo, es decir el transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados, que se conozca el medio donde se va a desarrollar su actividad, la guerra marítima y la guerra aérea. Por ello a continuación se expone cuales son su significado y características.

### **3.5.1) La Guerra Marítima:**

Por guerra marítima se entiende todo conflicto bélico que se desarrolla en el mar y su dato característico y básico es el tipo de fuerza utilizada, es decir, la fuerza naval. Respecto a su régimen jurídico puede afirmarse que fue la primera manifestación bélica con normas escritas<sup>33</sup>.

El soporte desde donde se acomete la citada manifestación bélica es el buque de guerra, y por tanto es necesario conocer su significado.

La Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho del Mar de 1982, siguiendo la línea definitoria de la Convención de Ginebra sobre la alta mar de 1958 (art. 8.2), aporta en su artículo 29 una definición restrictiva del buque de guerra sobre la base de cuatro elementos formales:

- pertenencia a las fuerzas armadas de un Estado
- ostentación de los signos exteriores distintivos
- colocación bajo el mando de un oficial designado por el gobierno del Estado
- sujeción de la dotación a la disciplina de las fuerzas armadas regulares.

A tales elementos y según el parecer de algunos autores, habría resultado oportuno añadir la afectación del buque a una misión militar.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> J.Luis Fernandez-Flores, obra ya citada, pág 524.

<sup>34</sup> Manuel Pérez González, "Observaciones en torno al nuevo Derecho del Mar en relación con los conflictos armados internacionales", ponencia presentada en la Mesa Redonda Internacional de expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario, aplicable en los conflictos armados en el mar, Madrid, 26-29 de septiembre de 1988.

Por lo que respecta a la delimitación de la guerra marítima la referencia es la propia situación de conflicto, siendo de aplicación el régimen general, y así puede afirmarse que hay guerra marítima cuando hay conflicto armado entre Estados, siempre que ello sea posible entre los Estados beligerantes y que éstos no sean mediterráneos, en cuyo caso la guerra se reduce a su plano terrestre y aéreo.

Las disposiciones de la Convención de las Naciones Unidas sobre el derecho del Mar de 1982 relativas al uso pacífico de los espacios marítimos, no se pueden interpretar como una prohibición absoluta a utilizar el mar como región para la guerra marítima. Del teatro de la guerra marítima se excluyen las aguas interiores y el mar territorial de los Estados neutrales, los espacios marítimos neutralizados, los estrechos utilizados por la navegación internacional y las "aguas archipielágicas", de manera que en todas estas zonas queda excluido el bloqueo naval. La Zona económica exclusiva se asimila a la alta mar a efecto de la guerra marítima.

Por lo que se refiere al límite espacial, la guerra marítima se extiende a las aguas marítimas, aguas fluviales, estuarios<sup>35</sup> y alta mar.

En cuanto al Bloqueo, cabe señalar que este es un método específico de la guerra marítima y puede ser, tanto marítimo como comercial. El bloqueo marítimo consistía en mantener los puertos enemigos estrechamente cerrados. No obstante el sistema de bloqueo no tenía por objeto el

---

<sup>35</sup> La posible duda sobre si las reglas de la guerra marítima son de aplicación en los estuarios es disipada desde la práctica. En el curso de la Segunda Guerra Mundial, el Río de la Plata (combate de 13 de diciembre de 1.939) y el estuario de Saint-Laurent (ataques submarinos) han sido zonas de ataques navales. CHARLES ROUSSEAU "Le Droit des conflits armés".

encerrar al enemigo, el objeto era obligarlo a batirse si dejaba el puerto, y por ende mantenerlo bloqueado suponía disuadir al enemigo de abandonar el puerto ante el temor de caer en medio de la armada enemiga. El éxito de tal estrategia se fundamentaba en la doble superioridad que los bloqueadores debían tener respecto de los bloqueados, en número de buques y fuerza, y en el poder de destrucción de su escuadra de combate.

Por su parte el bloqueo comercial consiste en la interrupción del tráfico marítimo entre el litoral enemigo y la alta mar, con empleo de la fuerza, de modo que todos los buques contraventores de tal medida pueden ser capturados.

Respecto al Derecho de Presa, institución específica de la guerra marítima, se constituye con la interrupción del comercio y sobre la marina mercante adversaria. Se estructura en dos fases: la fase fáctica o derecho de captura y la fase jurídica o derecho de presa. La captura sólo puede realizarse por un buque de guerra sobre embarcaciones privadas de nacionalidad enemiga y sobre los bienes de a bordo, durante el tiempo que duran las hostilidades y en el espacio delimitado para la guerra marítima, es decir, en las aguas territoriales de los beligerantes y sus dependencias y en la alta mar.<sup>36</sup> Son privados los barcos mercantes de propiedad particular, los de recreo, los remolcadores, etc. Están excluidos del derecho de captura: los barcos de pesca costera o los barcos pequeños empleados en el comercio local; los buques encargados de misiones religiosas, científicas o

---

<sup>36</sup> La alta mar constituye un elemento esencial del escenario de las hostilidades y representa un gran interés para la determinación de su naturaleza jurídica (confirma la teoría de la alta mar como *res nullius*). CHARLES ROUSSEAU "Le droit des conflits armés". 1983.



filantrópicas; los barcos-hospitales; los barcos con bandera de tregua mientras realizan su misión y aquellos que gozan de un salvoconducto, como los barcos de la Cruz Roja. Es mercancía susceptible de presa todos los bienes públicos o privados de a bordo con las únicas excepciones de la correspondencia, que es inviolable, y los efectos personales del capitán y la tripulación, según norma consuetudinaria.

A las excepciones que permiten la entrada y posterior salida de un buque mercante en un puerto bloqueado por necesidad urgente o consideraciones humanitarias y el paso de alimentos y medicinas con destino a determinadas categorías de la población civil especialmente protegidas (IV Convenio de Ginebra de 1949), los artículos 69.2 y 70 del Protocolo I añaden el paso de las acciones de socorro a través de una zona marítima bloqueada y así, si el Estado beneficiario de la acción de socorro o las organizaciones humanitarias que la promueven, cumple las condiciones establecidas para garantizar los intereses de la potencia bloqueadora, su negativa a autorizar tal acción de socorro puede considerarse una violación de los artículos 54.1 y 70 del Protocolo I<sup>37</sup>.

En la resolución VII de la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja, celebrada en Ginebra en 1986, se pone de manifiesto que "algunos aspectos del derecho internacional humanitario relativos a la guerra en el mar requieren preafirmación y clarificación sobre la base de los principios fundamentales vigentes del derecho internacional

---

<sup>37</sup> José Luis Rodríguez- Villasanté, "Derecho aplicable en el tema de los bloqueos después de la adopción del Protocolo I, adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 y relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales", ponencia presentada en la Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre Derecho Internacional Humanitario, aplicable en los conflictos armados en el mar, Madrid, 26-29 de septiembre de 1988.

humanitario" y se insta a los "Gobiernos a que coordinen sus actividades en los foros apropiados, a fin de examinar la necesidad y las posibilidades de actualizar los textos pertinentes del derecho internacional humanitario relativo a la guerra en el mar"<sup>38</sup>.

### **3.5.2) La Guerra Aérea:**

Es la modalidad más reciente de conflicto armado. Comienza a finales del siglo XVIII con la utilización de globos con fines bélicos. Comprende los ataques entre aeronaves y los practicados desde éstas sobre objetivos militares terrestres y marítimos y sobre ella no existe una normativa general, siendo las normas particulares escasas y diseminadas<sup>39</sup>.

La guerra aérea es acometida por naves aéreas y la constituyen el conjunto de acciones llevadas a cabo desde aeronaves, con varios objetivos: abrir fuego, realizar reconocimientos, transportar mercancías y tropas y desarrollar acciones aéreas especiales. La acción hostil aérea no se caracteriza por tanto, exclusivamente, por las misiones de bombardeo o fuego aéreo sino que comprende, de modo consustancial, el transporte, el reconocimiento y acciones especiales como el reabastecimiento en vuelo, la guerra electrónica, etc. La guerra aérea se constituye por tanto, por un conjunto de acciones aéreas ofensivas y defensivas, llevadas a cabo con los elementos del poder aéreo, con las que se pretende imponer al adversario

---

<sup>38</sup> XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja "El Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados en el mar", documento elaborado por el Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra, 3-7 de diciembre de 1995.

<sup>39</sup> T. Salinas. Cuestiones de Derecho Aeronautico de Guerra. 1958. Pág 11.

mediante la obtención de un grado adecuado de superioridad aérea.<sup>40</sup>

La *International Law Association*, en el proyecto considerado en su reunión de Buenos Aires de 1922, estableció en el art. 1 que "Guerra aérea es el ataque hecho en tiempo de guerra por un beligerante empleando aparatos aéreos de cualquier clase y objetivo, sea en tierra, en el mar o en el aire"<sup>41</sup>

Otros autores tienen en cuenta para calificar como guerra aérea el elemento que la sustenta o en el que se desenvuelve. Tapia, por ejemplo, dice que la guerra aérea se desarrolla en y desde el espacio aéreo, utilizando la aeronave como medio. Toda actividad bélica efectuada por o desde una aeronave, en o desde el espacio aéreo, constituye un acto de guerra aérea.<sup>42</sup>

Lauwers, por su parte estima que la guerra aérea comprende todas las acciones bélicas que tengan causa o consecuencias inmediatas en el espacio aéreo, así como las operaciones bélicas que, no reuniendo esas condiciones, comprenden la utilización del espacio aéreo y tienen o pueden tener una influencia directa sobre las primeras.<sup>43</sup>

El termino aeronave incluye todos los aparatos sometidos al Derecho aeronáutico. Cuando la Corte de Montpellier tuvo que definir la guerra aérea, en septiembre de 1945, lo hizo

---

<sup>40</sup> Francisco Javier Guisandez Gómez, "El derecho en la guerra aérea", *Revista Internacional de la Cruz Roja*, junio 1988, Pág. 384.

<sup>41</sup> Juan Gonzalo Martínez Mico, "La neutralidad en la guerra aérea", Madrid 1982, Pág. 11.

<sup>42</sup> Luis Tapias Salinas, "El derecho actual de la guerra aérea. Universidad de Valladolid, 1969, Pág. 7

<sup>43</sup> Ben J. Lauwers, "La introducción de las armas nuevas. Sus consecuencias sobre las leyes de la guerra y sobre el derecho aeronáutico", R.S.D.P.M.D.G., Florencia, 1961, Pág. 65.

indirectamente y se limitó a enumerar sus elementos específicos, es decir, globos, dirigibles, aviones, hidroaviones y helicópteros.<sup>44</sup>

En el campo del Derecho comparado es aeronave, para la Federal Air Navigation Act de los Estados Unidos, de 23 de agosto de 1958, cualquier ingenio ahora conocido o en el futuro inventado que se use o este destinado a la navegación o vuelo en el aire. En España, la Ley de 21 de julio de 1960, en su art. 11, entiende por aeronave toda construcción apta para el transporte de personas o cosas, capaz de moverse en la atmósfera merced a las reacciones del aire, sea o no más ligera que este y tenga o no órganos motopropulsores.<sup>45</sup>

Son criterios por los que se califica una aeronave de militar los siguientes:

- a) pertenencia o carácter publico del propietario del aparato.
- b) construcción mecánica del avión.
- c) distintivos militares o signo exteriores de identificación.
- d) estatuto jurídico militar del Comandante y tripulación.
- e) pertenencia a la fuerza aérea de un Estado<sup>46</sup>

Las Reglas de La Haya estimaron indispensable el que se tratase de aeronave pública que llevase marcas exteriores o signos que indicaran su carácter militar y estuviera afecta a servicios militares.

---

<sup>44</sup> Charles Rousseau, "Le Droit des conflicts armes", Editions Pedone, Paris, 1983, pag. 355.

<sup>45</sup> Juan Gonzalo Martínez Mico, op.cit.34, Pág. 12.

<sup>46</sup> Peng Ming-Min, "Le statut juridique de l' aeronef militaire. La Haye, 1957, Pág. 26 a 49.

Por su parte, el Convenio de Chicago, en su art. 3, atendió a un criterio teleológico al conceptuar como tal la aeronave del Estado utilizada en servicios militares, orientándose en este mismo sentido el Plan de Harvard.

La Ley de Navegación aérea española, de 21 de julio de 1960, entiende por aeronaves militares, en su art. 14 "las que tengan como misión la defensa nacional o estén mandadas por un militar comisionado al efecto".

Conviene indicar los enormes cambios sufridos respecto de la noción de aeronave militar habida cuenta de las drásticas transformaciones de las propias aeronaves desde sus primeras manifestaciones hasta el momento actual, pasando desde el globo y el aerostato, al avión a reacción, cohetes, proyectiles balísticos, satélites artificiales, naves especiales, estaciones orbitales, etc, para preguntarse por su condición de aeronave y su estatuto militar.

Respecto de los aviones teledirigidos, aviones sin piloto, el Convenio de París determinaba que ninguna aeronave de un Estado contratante susceptible de ser dirigida sin piloto puede sobrevolar sin autorización el territorio de otro Estado contratante, y el Convenio de Chicago estableció que ninguna aeronave capaz de volar sin piloto volara sobre el territorio de un Estado contratante sin permisos especiales de dicho Estado y de conformidad con los términos de dicho permiso. Tales Convenios homologaban este tipo de aparatos a las aeronaves y, por tanto, las reglas generales de la guerra aérea y las de la neutralidad les serian aplicables. De este modo, todos los aparatos no tripulados que penetren

en el espacio aéreo neutral podrían ser derribados o capturados por los aparatos neutrales.

Por su parte, el cohete, ligado a la conquista del espacio, no está comprendido, según Missoffe, en la categoría de aeronave, y es dudoso que pueda someterse a las reglas internacionales aplicables a otras aeronaves puesto que su propia naturaleza hace que puedan sobrevolar la totalidad del espacio aéreo.<sup>47</sup>

A la vista de lo expuesto, se puede señalar que la guerra aérea existe cuando tal situación de beligerancia concurre entre Estados y la misma se desarrolla mediante aeronaves.

En cuanto al espacio donde se desarrolla la guerra aérea es el espacio aéreo de los beligerantes y el sobreyacente a la alta mar. La guerra aérea no puede desarrollarse en el espacio aéreo de las naciones neutrales ni en el de sus aguas jurisdiccionales<sup>48</sup>.

Respecto a la definición del espacio aéreo, cabe indicar que es necesario determinar dos dimensiones: la proyección sobre la superficie terrestre y la altura. Con respecto a la proyección existen dos teorías.

La primera se basa en la proyección ortogonal, sobre la masa de aire del territorio de los diferentes Estados, incluidas sus aguas jurisdiccionales. No es muy aceptada porque permite la existencia de espacios aéreos fuera de la jurisdicción de los Estados.

---

<sup>47</sup> Serge Missoffe, "El estatuto jurídico de la aeronave militar", R.S.D.P.M.D.G., Florencia, 1961, Pág. 37.

<sup>48</sup> Luis Tapia Salinas, "Manual de Derecho aeronáutico", 1944, Pág. 145.

La segunda se realiza sobre una proyección polar, en la que el polo es el centro de la tierra y el plano de proyección el espacio aéreo circundante. Es la más extendida porque no deja ningún espacio sin jurisdicción<sup>49</sup>.

Sobre la normativa legal relativa a la guerra aérea, ésta permitía actuar, en los inicios, sin ningún tipo de restricciones específicas, hasta que tuvo lugar la I Conferencia de Paz de La Haya (1899), donde se prohibió el lanzamiento de proyectiles y explosivos desde lo alto de globos o por medios análogos nuevos.

En 1907, en la siguiente Conferencia de La Haya, se adoptó la Declaración XIV, que entro en vigor en 1909, prohibiendo la descarga de proyectiles y explosivos desde globos, la cual técnicamente podría considerarse aún vigente, si bien su valor resulta muy escaso, en primer lugar porque muchos Estados importantes, entre ellos Francia, Alemania, Italia, Japón y Rusia nunca la ratificaron, y porque en 1942 una de las dos grandes potencias obligada por ella, los Estados Unidos, anunciaron que ya no observarían sus disposiciones, y en segundo lugar porque su referencia especial a los globos la hace hoy en día inoperativa.<sup>50</sup>

Varias han sido las doctrinas sobre las que ha operado la regulación de la guerra aérea:

1.- La identificación del derecho de la guerra aérea con el de la guerra marítima, derivada de las similitudes entre los espacios aéreo y marítimo así como de nacer la

---

<sup>49</sup> Francisco Javier Guisandez Gómez, op. cit. (nota 33), Pág. 387.

<sup>50</sup> Renato Nuño Luco, "La Guerra Arrea en relación con el Derecho Internacional Humanitario", Revista Internacional de la Cruz Roja, abril 1998.

aviación dentro de las fuerzas navales como apoyo de las operaciones marítimas.

2.- La identificación del derecho de la guerra aérea con el de la guerra terrestre y marítima, que resulta la más controvertida.

3.- Aplicación condicionada de los derechos de la guerra terrestre y de la guerra marítima a la guerra aérea. Sobre la necesidad de elaborar una normativa específica para la guerra aérea se puede afirmar que la primera piedra para la elaboración de esta doctrina la puso el Instituto de Derecho Internacional, en su Resolución de Madrid (22 de abril de 1911)<sup>51</sup>, cuando declaró lícita a la guerra aérea, siempre que cumpliera determinadas condiciones, entre las que destacaba el que no debía comportar mayor riesgo para las personas y la propiedad que las acciones bélicas terrestres o marítimas.<sup>52</sup>

Con posterioridad, el Comité Internacional de la Cruz Roja expuso, el 11 de noviembre de 1920, la necesidad de disponer de una reglamentación específica, lo que sería encomendado, en la Conferencia de Washington de 1922, a una Comisión de Juristas, compuesta por delegaciones de los cinco países participantes en la Conferencia de desarme de Washington, -Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Italia y Japón- se reunió en La Haya del 11 de diciembre de 1922 al 12 de febrero de 1923. A los Estados participantes se sumó una representación holandesa. La versión del Reglamento de La Haya sobre la guerra aérea, las "Reglas de

---

<sup>51</sup> José Luis Fernández Flores, "Conferencia sobre derecho de la guerra aérea", Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario, Madrid. 1986

<sup>52</sup> L. Oppenheim, "Tratado de Derecho Internacional Público", tomo II, vol. II, Boch, Barcelona, 1967, Pág. 65.



la Guerra Aérea" (RGA), aprobado y firmado por la Comisión el 19 de febrero de 1923 consta de 62 artículos.<sup>53</sup>

Sin embargo, el texto no fue adoptado convencionalmente, pues tales reglas no resultaron ratificadas ni por los Estados que mantuvieron representación entre los expertos.

No hay que olvidar que en el seno de estas Reglas, se incluía la inmunidad para la aviación sanitario durante un conflicto armado.

Los motivos se desconocen, aunque sobre ello se han hecho innumerables conjeturas, todas ellas alrededor de la mal entendida severidad de las reglas, que los Gobiernos entendían como una gran limitación a la utilización de las aeronaves, las cuales ya habían demostrado su enorme potencial bélico<sup>54</sup>.

No obstante, la mayor parte de las normas contenidas en estas Reglas de la Guerra Aérea eran, antes de su redacción, normas consuetudinarias. Otras vinieron a transformarse en tales, como consecuencia de su posterior observación generalizada, y otras han sido recogidas en el Protocolo adicional I.<sup>55</sup>

Y así, aunque oficialmente tales reglas no fueron nunca objeto de acuerdo jurídico-internacional, se convirtieron en parte importante del derecho internacional del periodo interbélico y constituyeron la parte esencial de la XIX

---

<sup>53</sup> Dietrich Shindler y Jiri Toman, "The Laws of Armed Conflicts", 3<sup>a</sup> ed., Martinus Nijhoff Publishers/Henry Dunant Institute, Dordrecht/Geneva, 1988, pag. 207-217.

<sup>54</sup> J.W. Garner: "International regulation of air warfare", en *Air Law Review*, 1932; E. Castren, "La protection juridique de la population civile dans la guerre moderne", *Revue generale de droit international public*, 1995, pag 12.

<sup>55</sup> José Luis Fernández Flores, "Del Derecho de la Guerra", Ediciones Ejercito, 1982, Pág. 543.

Conferencia Internacional de la Cruz Roja en Nueva Delhi,  
1957.



## **TITULO I**

# **LA SANIDAD EN LA NAVEGACION** **MARÍTIMA Y AEREA: ORIGEN,** **TIPOS DE MEDIOS Y ACTUACIÓN** **EN LOS CONFLICTOS ARMADOS.**



## **TITULO I**

### **LA SANIDAD EN LA NAVEGACION MARÍTIMA Y AEREA: ORÍGEN, TIPOS DE MEDIOS Y ACTUACIÓN EN LOS CONFLICTOS ARMADOS.**

## **CAPITULO 1**

### **APUNTES HISTÓRICOS SOBRE LAS CONDICIONES DE LA NAVEGACIÓN Y DE LA SANIDAD MARÍTIMA.**

#### **1º) DE LA EDAD ANTIGUA AL DESCUBRIMIENTO DE AMÉRICA.**

El dominio de las aguas por el hombre no es más que otra de las muchas manifestaciones de su naturaleza hegemónica. Las necesidades de desplazamiento, de alimentación, expansión y conquista conducen al hombre a surcar las aguas a bordo de embarcaciones muy primitivas en los primeros tiempos y pronto evolucionadas en lo que constituye un reflejo del devenir del hombre, tanto en sus avances tecnológicos como en su desarrollo sociocultural. Del progreso de la civilización es buen vestigio la evolución de la navegación y un excelente ejemplo de su humanización, la sanidad marítima.

Consistiendo la navegación esencialmente en desplazarse sobre el agua con cierta seguridad y en la dirección deseada, es verosímil afirmar que tal acontecimiento se produjera por vez primera con la creación de la balsa o almadía.

El momento en que fueron inventados el remo y la vela y la identificación de sus autores es algo que probablemente nunca pueda determinarse con seguridad pero de lo que no cabe duda es de que los inventos fueron sucediéndose, posiblemente con intervalos de siglos, y que cada uno de ellos contribuyo al siguiente en una secuencia ininterrumpida que aún no ha sido finalizada.

Los primeros documentos de los que extraer datos para reconstruir la historia de la navegación proceden de la antigua civilización egipcia y datan de unos 3.500 años a. C. No puede sin embargo afirmarse que, en algún rincón del mundo, la navegación llegara a superar la fase de la almadía y de la canoa antes que en el Mediterráneo. Es probable que en el Extremo Oriente, y en especial en el Mar de China apareciese un tipo de embarcación mas adelantada respecto a las del Nilo, pero seria lógico entonces haber encontrado pruebas sobre ello, como ha ocurrido con las antiguas civilizaciones mediterráneas.

Siguiendo las huellas de las civilizaciones egipcia y asiriobabilónica puede observarse la evolución de las embarcaciones hasta llegar a la primera que merece el calificativo de nave. Analizando los restos arqueológicos de la antigua civilización egipcia puede decirse que la primera embarcación de madera, fue construida alrededor del año 3.300 a.C., limitándose probablemente a navegar por el Nilo, si bien las embarcaciones del faraón Sahure, del año

2.700 a.C., fueron construidas con condiciones para afrontar el mar y con fines de conquista, constando que arribaron a Siria, donde se hicieron con un gran botín. Antes de que se produjera la decadencia de la marina egipcia, construida y dotada por fenicios, fue protagonista en el 1.200 a.C. de la primera batalla naval de la historia, en Pelusio, localidad próxima a Port Said en donde las naves egipcias al mando del faraón Ramses III salvaron al país de la invasión, derrotando a las fuerzas navales coaligadas de libios, sirios y filisteos. En realidad fue una victoria de los marinos fenicios que sucedieron a los egipcios en el dominio del Mediterráneo. Se desconocen datos respecto del trato a las víctimas.

Algo posteriores a la egipcia destacaron como civilizaciones maríneas la cretense, que se remonta al 2.000 a.C. y la fenicia. Creta alcanzó en el 1.500 a.C. un alto grado de civilización pero fue arrasada por los aqueos en el 1.300 a.C. Por el contrario, Sidon, capital fenicia brilla durante muchos siglos gracias a su poderío en el mar. Los fenicios, oriundos de Siria, poseían árboles de tronco muy corpulento y resistente-los cedros del Líbano- lo que propició que fueran los primeros en construir embarcaciones con quilla y costillaje, siendo los primeros en fabricar una nave con dos filas de remos superpuestos o birreme. Alrededor del año 1.000 a.C. dominaban el Mediterráneo de extremo a extremo y tenían bases en la costa africana, en Malta y Cerdeña, y eran dueños y señores del Mar Rojo, integrando lo mismo la flota hebrea del rey Salomón que la egipcia.

En 1.400 a.C., ya habían hecho acto de presencia en el Mediterráneo los aqueos, raza de origen griego que aniquiló a los cretenses y heredó sus cualidades maríneas. En 1.180



a.C., con la guerra de Troya, los aqueos se abrieron camino hacia los Dardanelos, echando las bases de la gran potencia griega en el Mediterráneo. Las naves de la guerra de Troya eran modestas, con un solo orden de remos; las que habrían de consumir a los griegos como amos del mar-las trirremes-, no aparecerían hasta el siglo VI a.C. Estas naves fueron las protagonistas de la segunda batalla naval de la historia, entablada en el estrecho de Salamina, en el 480 a.C. En la proporción de cuatro a uno, las trirremes griegas, más fuertes y veloces, lograron vencer a la coalición persa.

Nada se sabe del trato a heridos y enfermos en las naves de fenicios y cartagineses, ni de su alimentación, habitabilidad e higiene. Por lo que a atenienses y espartanos se refiere se conoce la disposición de médicos militares y navales a bordo, al igual que los romanos: en el periodo Bizantino, las historias medicas hablan de Pablo de Egina -525 a 590- en cuyo epitome de medicina en siete libros (impreso en 1528) da el resumen mas completo de la cirugía militar de la antigüedad y menciona la abundancia de médicos navales en su tiempo.<sup>56</sup> El hecho de que una de las naves que participo en la guerra del Peloponeso llevara el nombre de "Terapia", sugería la posibilidad de que hubiera sido utilizada para el tratamiento de las bajas producidas en y otras unidades de la flota.

Los griegos sucumbieron tres siglos mas tarde bajo el dominio romano, quienes también tuvieron que convertirse en marineros al pretender extender sus fronteras más allá del limite de la península. En el año 200 a.C., tuvo lugar en Milazzo el primer combate naval entre romanos y cartagineses. Cuatro años más tarde, un segundo combate naval había de dar a los romanos el dominio temporal del

---

<sup>56</sup> Garrison. Historia de la Medicina. Tomo 1º, pags, 74 y 111.

Mediterráneo, permitiéndoles el desembarco en África. La primera guerra púnica concluyo con la petición de paz de Amílcar, en la segunda la flota romana dejo sentir su implacable peso, indispensable para hacerse con la conquista de Macedonia. La ultima gran batalla naval que entablaron los romanos fue la de Accio, en la que se enfrentaron Antonio y Cleopatra por un lado y la flota de Octavio por otra y en la que se comprobó la decadencia de las trirremes.

Durante el Imperio Romano existen referencias de un mínimo servicio sanitario y del empleo de naves que, a retaguardia de los navíos de guerra, recogían heridos y enfermos, en lo que constituye el primer esbozo de los barcos hospitales.<sup>57</sup>

Los orígenes de los vikingos son oscuros, pero puede afirmarse que se refieren a los pueblos escandinavos, suecos, daneses y noruegos, que durante los siglos VI y VII habitaban el extremo norte del continente europeo desde donde realizaban tan intrépidas incursiones que fueron por ello llamados "reyes del mar". Las embarcaciones vikingas eran verdaderas obras maestras del arte naval: los cascos tenían quilla y costillaje, recubierto este con ligeras cuadernas, las rodas de proa y de popa, iguales entre sí, estaban artísticamente taraceadas, los remos podían llegar incluso a cuarenta por banda y en el único mástil se fijaba una vela cuadrada. Faltas de cubierta podían embarcar a más de cien hombres, cuyos escudos durante la navegación se disponían a lo largo de las amuras. Con dichas naves los normandos llegaron a Irlanda, Rusia, Groenlandia, la Francia de Carlomagno e Inglaterra. Ha llegado a afirmarse que en el año 1.000 una nave vikinga cruzo el Atlántico y

---

<sup>57</sup> Fermín Lacasi, Estudio Histórico sobre la Marina de los pueblos, que se establecieron en España hasta el siglo XIII de nuestra era. Madrid, 1876.

alcanzo el Labrador, circunnavego la isla de Terranova y concluyo su viaje en la desembocadura del Hudson, una proeza que solo siglos después repitió el genovés Cristóbal Colon.

Mientras la vela se impone en los astilleros de las ciudades anseáticas, de Francia y de Inglaterra, el remo continúa su apogeo en los arsenales del Mediterráneo. Así la flota de Bizancio, compuesta de dromones y quelandios, las herederas de las birremes y trirremes romanas, se enfrenta a los árabes, rechazados repetidas veces y desparramados por África y España.

Comenzaban a resplandecer con luz propia las hazañas de pisanos, genoveses y venecianos, constituyendo las Republicas Marítimas, plazas fuertes e independientes como consecuencia de su dominio del mar, que protagonizaron muchas y sangrientas guerras, interrumpidas por treguas comerciales y caracterizadas por grandes batallas navales. Fueron genoveses y venecianos los primeros en emplear en la marina cañones como nueva arma ofensiva en sus naves, o sea, en las galeras itálicas que, durante siglos, constituirían el nervio de las flotas de guerra del Mediterráneo. Hasta entonces el arma más temible de los navíos era el espolón. En 1300 la navegación era toda a vela.

En España puede afirmarse que nace el poder naval en el 1248, con la construcción de arsenales y atarazanas y durante el reinado de Alfonso X, con la conquista de Sevilla, a la que sucede la de Cádiz que trae consigo la fundación del Puerto de Santa Maria, lugar significativo para las sucesivas organizaciones marítimas.

En 1.338 estalla la guerra de los Cien años entre Francia e Inglaterra, enfrentándose la flota francesa y la inglesa compuestas casi exclusivamente de naves redondas de vela.

Mientras franceses e ingleses lucharon durante un siglo, otras marinas fueron emergiendo, surgiendo nuevos tipos de naves.

Los portugueses se convirtieron en una consolidada potencia marítima y de sus astilleros salieron las primeras carracas, naves de carga redondas, con varios puentes, de notables dimensiones y fuertemente armadas, idea de la que se apropiaron los flamencos. También España, una vez conseguida la unidad nacional tras las guerras con los árabes, construyó una flota integrada por carracas y carabelas para la navegación mas allá del estrecho de Gibraltar y de galeras, para el Mediterráneo.

Los tiempos están maduros para la empresa que habría de cambiar radicalmente los conocimientos geográficos del planeta.

Por lo que a socorro naval se refiere durante la mayor parte de la Edad Media la tripulación era abandonada a su suerte. Poco o nada se hacía por su persona, ninguna atención se prestaba a la morbilidad y mortalidad de a bordo por elevadísimas que estas fueran. El coste excesivo de tales prevenciones, en detrimento de las inversiones en capacidad combativa, las hacía inexistentes. La composición de la tripulación, vagabundos y delincuentes en su mayor parte, impensables.

En lo que a España se refiere sólo a través de las Partidas se conoce la implantación, durante el reinado de Alfonso X,

*El Sabio*, de unos rudimentarios principios de higiene naval en materia de alimentación y así, en su apartado "Como deben ser guisados los navíos de homes et de armas et de vianda", se pueden leer los siguientes párrafos: Et otrosí deben traer mucha vianda, así como vizcocho, que es pan muy ligero de traer porque se cuece dos veces et dura mas que otro et non daña; et deben levar carne salada, et legumbres, et queso, que son cosas que muy poco dello gobierna mucho a los homes, et ajos et cebollas para guardallos de corrompimento del aire de la mar et de las aguas dañadas que beben..." "Otrosí deben levar agua dulce la mas que puedan..." "... el vinagre deben otrosí levar que es cosa que le templa en sus comeres et para beber con el agua cuando hubiere gran sed..." "... la sidra et el vino como quiera que los homes la usan mucho, son cosas que embargan el seso, lo que non conviene en ninguna manera a los que han de guerrear sobre el mar.<sup>58</sup>

En las Ordenanzas dictadas por Jaime I de Aragón, en 1258, para la policía y gobierno de las embarcaciones mercantes "Ordinationes Riparice" de Barcelona, que constituyen el código más antiguo del mundo marítimo, se hacía referencia, por primera vez en la historia de la navegación, a la cantidad de víveres que debían embarcarse para períodos de quince días de navegación, así como referencias a los alojamientos de la tripulación. En tiempos de este mismo Rey se redacta el famoso "Libro del Consulado" en 1270, en el que se esbozan los primeros conatos humanitarios a favor de los marineros, en aquellos apartados sobre el salario

---

<sup>58</sup> Las siete partidas del Rey D. Alfonso el Sabio cotejadas con varios codices antiguos por la Real Academia de la Historia. Madrid, 1807. Partida II, título XIV; ley IX "... como deben ser guisados los navíos de homes et de armas et viandas..."

"de mariner qui mor en nau" y del "mariner accordat que mor abaus o apres de feta vela"<sup>59</sup>

Durante este siglo surgen los primeros médicos de título reconocido al servicio de la Armada, entre los que se encuentra Arnaldo de Vilanova, nacido en Vilanova en 1238, según unos y en Lérida en 1240, según la Enciclopedia Espasa, médico del rey Pedro III de Aragón y gestor importante de la fundación de la Universidad de Lérida, donde creó una Cátedra de disección. Posteriormente será médico de Jaime II de Aragón y llevó la dirección sanitaria de su Armada, que sitió a Almería, durante la guerra de Granada, del 15 de agosto de 1309 a 26 de enero de 1310.<sup>60</sup> Destacó, entre otras razones por ser el autor del primer libro sobre Higiene Militar "De regimine castra sequentium".

En el siglo XIV, durante el reinado de Pedro IV de Aragón, se dictan las Ordenanzas navales de 1354, redactadas por Bernardo de Cabrera, sobre higiene en los bajeles, primeras normas sanitarias marítimas en las que el personaje médico transciende en detrimento del favor a los equipajes o cofres de medicamentos, hasta la fecha defendidos antes que el recibimiento de un hombre inútil para la maniobra y el combate. En ellas se legisla de modo terminante sobre las faltas de higiene y policía en los bajeles y se especifica el mandato de embarque del médico y del cirujano, uno por galera y este ultimo con herramientas para su ejercicio.

---

<sup>59</sup> Antonio Capmany. "Codigo de las costumbres marítimas de Barcelona, vulgarmente llamado Libro del Consulado". Madrid, 1791. cap.127 y 128.

<sup>60</sup> Jiménez Soler, "El sitio de Almería". Barcelona, 1904.

En las Ordenanzas de 1361 se dispone el sueldo y las pagas de la tripulación, entre las que se encuentran las de los médicos y cirujanos.<sup>61</sup>

Sin embargo su aplicación no llega a ser de obligado cumplimiento hasta el siglo XVI en que se dictan normas concretas con motivo de las largas navegaciones al Nuevo Continente. Estas normas sobre Higiene Naval plasmadas en tales Ordenanzas pueden considerarse uno de los primeros códigos sanitarios marítimos, inspirados en la influencia que ejercía la Escuela de Montpellier, perteneciente a la Corona de Aragón hasta 1350 aunque su aplicación, con auténtico rigor científico, no tiene lugar hasta el siglo XVIII, en que Lind, Sutton y Witting, en Inglaterra y Poissonier en Francia, prestan seria atención a la higiene de los barcos y a la alimentación de los marineros.

Tales Ordenanzas, no obstante suponen el primer gran avance en la humanización del trato a la marinería. Uno de los mayores logros para la tripulación fue sin duda el avance que en la técnica naval supuso la sustitución del remo por la vela y el hecho de que la instalación de las bocas de fuego permitía al buque la respiración por las troneras transformándose la navegación en astronómica y matemática, afianzándose la personalidad del facultativo y humanizándose en el trato a las dotaciones.

Es de señalar, también respecto de este siglo, la invasión de la peste, lo que obligó a formular las primeras medidas de profilaxis internacional, creándose los "guardianes de

---

<sup>61</sup> Ordenanzas de las Armadas Navales de la Corona de Aragón. Copiadas por D. Antonio Capmany. Madrid, 1787.

la salud", primeros facultativos de la Sanidad Marítima" (1377), así como la institución de las cuarentenas.<sup>62</sup>

Por su parte los judíos, que extendieron su fama desde el siglo IX al XV, hasta que fueron expulsados tras la pragmática de 30 de marzo de 1492 de los Reyes Católicos, participaron en la expedición naval hecha por Pedro IV, El Ceremonioso a Baleares, Rosellon y Cerdeña (1344-1346) dirigida sanitariamente por el médico del Rey Ros de Ursinos con la cooperación de los físicos judíos Avenarduc y Alatzar.<sup>63</sup> Por su parte el primer médico que presto servicios a bordo fue Jucef Abentrevis, físico judío a quien Jaime I llevo consigo en 1229 con ocasión de la conquista de Mallorca, una expedición naval en la que participaron 150 embarcaciones de diferente porte, entre las que destacaban 25 naves gruesas y 12 galeras y en la que por su importancia se estima que tomasen parte otros muchos profesionales sanitarios.

El siglo XV se caracterizó por las grandes travesías, la mayor y más emblemática, la búsqueda de un camino más corto hacia la India, rumbo a Occidente, cuyo inesperado resultado aumentó aún más las expediciones de navegantes, convirtiéndolas en enormes travesías. Durante la "era de los grandes descubrimientos" (1450-1550) los hombres llegaron a conocer sobre el planeta mas de lo que habían conseguido saber hasta entonces en miles de años.

Para tales rutas de gigantes no podía olvidarse contar con facultativos navales a bordo, cuyo nombramiento se realizaba con la anuencia real. En las primeras

---

<sup>62</sup> Salvador Clavijo y Clavijo, "Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada".San Fernando, 1925

<sup>63</sup> Commenge. "Munificiencia de los Reyes de Aragon". Boletín Real Academia de Bellas Letras. Barcelona (Medicina en el siglo XIX).



instrucciones estipuladas entre los Reyes Católicos y Cristóbal Colon (17 de abril de 1492) en Santa Fe (Granada) queda a la potestad del ilustre navegante el nombramiento de los facultativos (condición 10<sup>a</sup>)<sup>64</sup>.

Cuando los 120 hombres, repartidos en las tres carabelas, salen de Palos el 3 de agosto de 1492, Colon ha hecho uso de sus atribuciones nombrando por si mismo a los sanitarios que han de acompañarle. Formaba parte de la tripulación del primer viaje de Cristóbal Colón el físico de Moguer, maestre Alonso, facultativo en el arte de curar, embarcado en la Capitana y el Maestre Juan, cirujano de dotación en la Pinta. El maestre Alonso, figura en el cuarto puesto de la lista de la nao Santa Maria, inmediatamente después de Cristóbal Colon, Juan de la Cosa y Sancho Ruiz piloto, prueba de la consideración profesional que mereció el médico en aquella travesía.<sup>65</sup>

En la segunda travesía, compuesta de tres galeones y 14 carabelas, con 1500 personas, acompañó al insigne navegante, el doctor Álvarez Chanca, médico de cámara de los Reyes Católicos y de las Infantas, al que se confió el estudio de la fauna y flora de los países descubiertos, y la salud de "jóvenes aristócratas altaneros y obstinados hidalgos, que habían quedado sin ocupación a la conclusión de la tenaz y heroica guerra contra los Moros"<sup>66</sup>

No se encuentra citado en el tercer viajes de Colón a ningún cirujano ni médico, pero es de suponer que los 200 hombres repartidos en seis barcos que partieran en aquella

---

<sup>64</sup> Archivo de Indias. Registro General. 1492-1512. Tomo 1°.

<sup>65</sup> San Martín. "Influjo del descubrimiento del Nuevo Mundo en las Ciencias Medicas. Ateneo de Madrid. Abril, 1892.

<sup>66</sup> Agustín Marcos Fernández de Ibarra. "La Historia Medica de Cristóbal Colon y los Médicos que de algún modo se relacionan con el descubrimiento de América". Revista Bimestre Cubana, 1916 n° 5. Habana

ocasión llevaran alguno, cuanto menos para el propio Almirante y sus adjuntos principales, aunque el resto de la expedición la compusieran condenados a galeras y libertados de cárceles y presidios.

En su cuarto viaje, iniciado el 11 de mayo de 1502, Colón lleva cuatro pequeñas carabelas y 150 hombres y le acompaña Maese Bernal, quien le atendería en Jamaica en sus primeros Trastornos de "obsesión mental".<sup>67</sup>

Tras las expediciones de Cristóbal Colón la costumbre de embarcar médicos comienza a perderse tanto por la profusión de expediciones como por la toma por los misioneros de la misión humanitaria. Las navegaciones al Nuevo Mundo se hicieron duras y crueles, intensificándose el peligro por la presencia y los ataques de corsarios y piratas.<sup>68</sup>

## **2º) SANIDAD MARÍTIMA EN LAS GALERAS. DE LA BATALLA DE LEPANTO A LA ARMADA INVENCIBLE.**

Ante estas nuevas situaciones de inseguridad en el mar, añadidas a las dificultades intrínsecas de las tales travesías, se dictan las ordenanzas, redactadas por el Consejo de Indias y por la Casa de la Contratación de Sevilla, que previeron, a partir de 1522, la formación de Armadas de guarda y vigilancia. Estas ordenanzas oficiales, que fueron engrosándose durante todo el siglo XVI, definen

---

<sup>67</sup> Colección de documentos inéditos. Academia de Historia. 1890. Tomo 5º

<sup>68</sup> Salvador Clavijo y Clavijo, op.cit. nota 7.

primordialmente los cargos de abordo: el de general, veedor, auditor general, gobernador de la infantería y capellán mayor, quedando la organización sanitaria, dirigida por el veedor y el capellán, conferida a un facultativo, constituido como un auxiliar, "el hombre de acción curativa", subordinado en toda apreciación de carácter colectivo a los criterios profanos de los verdadero directores y hacedores del comercio y de la guerra marítima.

En la "Flota de Nueva España",-para las Antillas y Méjico- y en la de "Tierra firme"-para Cartagena de Indias"-, ambas puramente comerciales, así como en la de guerra, denominada "Armada de la guarda de la Carrera de Indias", existía a bordo un facultativo, el cual embarcaba, casi siempre, como consecuencia de disposiciones tomadas al formarse las flotas.

El aspecto sanitario en las naves comerciales sufre un retroceso respecto a los avances con que fueron dotadas las expediciones de Colon, sufriendo las embarcaciones mercantes un estancamiento notable en sanidad naval durante el siglo XVI, pues quedan al arbitrio de sus capitanes, y solo se presta atención en las ordenanzas a la sanidad de las naves de combate, fundamentada en la consecución de la victoria.

No obstante, la medida previsor de mantener abordo un cirujano o un barbero, según los casos, persistió en muchos de los barcos mercantes durante todo el siglo XVI, de suerte que cuando escuchado Magallanes se firman las capitulaciones para formalizar su empresa marítima, el 22 de marzo de 1518, se compromete por ellas a armar una escuadrilla de 5 naos con 259 hombres y víveres para dos

años, siendo autorizado lo mismo que Colón a nombrar libremente su gente y entre esta a un cirujano y cinco barberos, los que perdieron la vida al igual que la mayor parte de los marineros, pues solo 18 hombres y una sola nave al mando de Juan Sebastián Elcano, arribaron a Sanlucar de Barrameda en septiembre de 1522, después de recorrer 14.000 leguas.<sup>69</sup>

La marina de Carlos I, no puede aun denominarse "marina militar", siendo sus características el reclutamiento de extranjeros para las armadas; el frío, el hambre y el botín como compañeros de navegación; las pésimas condiciones de víveres y agua; la presencia de mujeres a bordo; las simplísimas medidas de higiene (aforro interior, bombas de achique, ensanche del vaso, preservación de betunes, alargamiento de las esloras, implantación de troneras,...etc.), escasas medidas con las que paliar las inhumanas condiciones de la navegación de la época. En este sentido, el doctor Emilio Ruiz, en relación con aquellas naves, se expresaba en los siguientes términos: "... Un barco era un lugar de suplicio, sin luz en los departamentos, sin la necesaria aireación e inundado con frecuencia por el agua del mar que se filtraba por las costuras y se acumulaba en la sentina, donde se descomponía y los detritus y restos orgánicos de todas clases pudrían las maderas y desprendían gases pestíferos que viciaban la atmósfera... Aun más; el cuidado por los vestidos, la alimentación y el régimen, yacían en el olvido; no se acondicionaban perfectamente en sitio a propósito, ni los víveres ni la aguada: para esta había una mala pipería, donde con facilidad, al cabo de cierto tiempo, se alteraba y corrompía; andaban los marineros, rotos y sucios, y

---

<sup>69</sup> Martín Carranza, "La Sanidad en nuestra Marina". Medicina e Historia. Octubre, 1970, pag. 4.

cuando enfermaban, eran sepultados en las profundidades del sollado, cuyas condiciones no podían ser perores; ni aun los sanos las resistían. Faltaba, sobre todo, la voz del Médico, que guiase en la aplicación de los preceptos higiénicos, y aconsejase la adopción de los medios conducentes a la conservación de la salud, que administrase remedios a los enfermos, cuidase de sus padecimientos, averiguando y estudiando al mismo tiempo sus causas y las medidas que habían de ponerse en practica para evitarlas. Tanto es así, que en España, a pesar del interés del Rey, en poseer buenos marineros para la Armada, no lo conseguía; los vizcaínos se negaban y los catalanes lo mismo; y eso que eran hombres acostumbrados a la mar y sus miserias".<sup>70</sup>

En esta marina de Carlos V, la mejor de su época a excepción de la de Venecia, se implantó la pena de galeras. La falta de gente para completar las tripulaciones de las galeras, junto con el principio utilitario y de defensa que durante el siglo XVI inspiraban el derecho penal, hizo que Carlos I instaurara para sus naves la pena de galeras, pena de destierro y esclavitud al servicio del Rey, perdida del derecho civil y confinamiento en fortaleza flotante.<sup>71</sup>

En tales naves, en las que se desarrollaba la ínfima vida de la galera, prestaba sus servicios un representante de la sanidad naval, anónimo para la historia, de pocos meritos científicos y de menos reconocimiento social: el "cirujano de las heridas", inferior representación de la ciencia de su tiempo que, alojado en proa, vivía las mismas condiciones lastimosas de aquellos que reclutados entre los

---

<sup>70</sup> Emilio Ruiz, "Apuntes sobre la historia, importancia y desarrollo de la higiene naval." *Boletín de Medicina Naval*, Mayo 1880.

<sup>71</sup> Félix Sevilla "Historia Penitenciaria Española (La galera)", Segovia, 1917

penados sufrían pena de galeras, a los que intentaba aliviar, y para los que no había consideración alguna.

Por su parte, la galera, siguiendo las ordenanzas del Reino de Aragón, iba provista en los combates de un servicio sanitario bajo el control y responsabilidad de un médico o cirujano, que embarcaba por su cuenta las herramientas necesarias para el desempeño de su oficio. Cuando los barcos navegaban agrupados formando escuadra, además de un barbero asignado a cada galera, en la nave principal debía embarcar el médico, el cirujano y el boticario, todo ello acorde con la magnitud de la escuadra y la capacidad de combate. Existía además la figura del protomédico cuya misión era la de supervisar a médicos, cirujanos, barberos y boticarios, así como controlar la cantidad y calidad de medicinas embarcadas por el boticario para cada navegación y también las dietas alimenticias de los enfermos. El protomédico era el hombre de confianza que formaba parte de los asesores del mando en materia sanitaria y también la persona autorizada para examinar a los aspirantes a cirujanos y barberos, así como para extender la correspondiente certificación acreditativa de haber superado la prueba. Tales dotaciones médicas estaban previstas para la atención a la tripulación enferma, para quienes el tratamiento se humaniza durante esta época, pero no para los condenados a pena de galera, para quienes no existía más consideración que la atención del ya mencionado "cirujano de las heridas", en el propio banco del castigo.

Todas las galeras disponían en la cala de una serie de espacios para alojamiento de determinados oficiales. Entre ellos se encontraba la enfermería en la que se disponían unas literas para la atención a marineros y soldados heridos o enfermos. Junto a ella había un pequeño cubículo

destinado a la botica o boticaria y un escandelar o cámara para el cirujano junto al del capellán.<sup>72</sup> Al entrar en combate el cirujano se instalaba en la enfermería en donde acompañado del barbero y del capellán junto con "dos hombres de los que menos importaren para la pelea" se preparaba para atender a los heridos que le fueran enviando, provisto de su "brasero de fuego y sus herramientas, estopa, huevos, trementina y paños de lienzo".<sup>73</sup> En la enfermería se instalaban aquellos enfermos que no podían ser evacuados, siempre y cuando fueran marineros o soldados pues, como ha quedado indicado, los forzados recibían los cuidados en su banco sin ser liberados de sus cadenas.

Por su parte cuando la gravedad de la enfermedad lo aconsejaba y las circunstancias lo permitían, la tripulación enferma era desembarcada para ser objeto de un tratamiento mas adecuado, bajo la supervisión de un médico o protomédico en un hospital en tierra o casa improvisada al efecto por las cofradías del mar, no existiendo aun ningún hospital de la Marina. El servicio en las naves tenia como objetivo primordial la recuperación de las bajas en combate y el cuidado elemental de la salud del galeote, para evitar su perdida al remo, por lo que solo se atendía al marinero y al soldado durante el tiempo de navegación.

Las condiciones de dureza en las que se desenvolvía la vida de los condenados,<sup>74</sup> provocaban la aparición de procesos

---

<sup>72</sup> Esta distribución se mantuvo constante, con ligeras variantes, a lo largo de los años. Tanto en el Museo Naval de Madrid, como en el álbum del Marques de la Victoria aparecen reflejados todos estos espacios.

<sup>73</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolucion". Bazan, pag.27

<sup>74</sup> Gregorio Marañón, "La Medicina en las galeras en tiempos de Felipe II", cita del Dr. Alcalá: "La vida del galeote es propia del infierno con la unica diferencia que la una es temporal y la otra eterna"

epidémicos que conllevaban, para su más eficaz control, la concentración de todos los afectados en una sola galera que se convertía en "hospital de galeotes".<sup>75</sup>

En años en que se sucedían las rutas de gigantes, las conquistas de nuevas tierras y la implantación de la civilización de occidente y su religión en tierras americanas, en el Mediterráneo los turcos amenazaban la Cristiandad. En el reinado de Carlos I se desarrollo una política africanista que impuso una serie de luchas navales para desalojar el Mediterráneo de berberiscos. Las 400 velas de Doria, para la conquista de Túnez y el desembarco en la bahía de Temendsfust en la campaña de Argel, exigió una organización sanitaria que corrió a cargo del médico Luis Lobera de Ávila, fiel acompañante del emperador y su médico de cámara, titulo que alcanza después de servir en el ejército. De su dilatada experiencia escrita destacan dos especializados libros, titulados: "Del régimen de la mar" y "Del regimiento de los viajeros", ambos tratados de higiene naval, basados principalmente en la amplia práctica marítima que poseía.<sup>76</sup>

Tras la caída de Constantinopla en 1453, los turcos fueron haciéndose cada vez mas fuertes, llegando a retar a genoveses y españoles, ocupando Otranto y llevando a cabo una continua guerra pirata contra toda nave cristiana. Ante ello, la Santa Sede, la Serenísima República de Venecia y España, se unen en una Liga Santa contra los turcos. Don Juan de Austria fue puesto al frente de la mayor concentración naval de la época. El 7 de octubre de 1571, en Lepanto, al sur de la isla de Oxia, a la entrada del golfo de Patras, tuvo lugar la legendaria batalla entre la

---

<sup>75</sup> A.G.S. Guerra Antigua. Leg. 358, n.º 139

<sup>76</sup> Salvador Clavijo y Clavijo, "Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada", San Fernando, 1925, pag 29



Cristiandad y los musulmanes. Al frente de la concentración seis pesadas galeazas resistieron el embiste turco y consiguieron deshacer su cohesión. La batalla, de enormes proporciones, fue especialmente cruel y enconada, basada en el abordaje y la lucha cuerpo a cuerpo. Fue el mayor encuentro entre galeras, finalmente decidido del lado de la Santa Liga, a un elevadísimo precio y fundamentado, principalmente, en la fuerza de las naves, auténticas fortalezas armadas con cincuenta cañones, dotadas de espolón, tajamar afilado y enorme resistencia, y concebidas como aniquiladoras de naves de menores proporciones.

La propia carencia de hospitales de Marina, en tiempos en que eran libradas enormes batallas navales, provoca la implantación y evolución de las enfermerías de a bordo, dotadas de mejores medios que las improvisadas en tierra, y así, en la batalla de Lepanto, las fuerzas al mando de don Juan de Austria, compuestas de 40.000 cristianos distribuidos en 200 galeras, contaban con una dotación de aproximadamente un centenar destinadas a provisiones y efectivos sanitarios, incluida una instalación hospitalaria, a bordo de una de las naves con sus correspondientes cirujanos bajo la supervisión directa de Dionisio Daza Chacón y Gregorio López Madera, ilustre cirujano el primero y protomédico el segundo.

El prestigio de López Madera como médico de los ejércitos de Don Juan de Austria, contra los moriscos de Granada, sofocando la insurrección de las Alpujarras (1569), se acrecentó aun más en esta guerra naval, en la que aparte de ejercer sus funciones técnicas fue uno de los consejeros directos del propio Capitán General en la batalla el cual, en reconocimiento de sus servicios, le hizo entrega de un valiosísimo presente: el estoque que había recibido de S.S.

Piód V cuando fue designado generalísimo de la Liga. Mas tarde sería designado médico de cámara de Felipe II, falleciendo en Madrid y de cuya sepultura, en la capilla de Santo Domingo del Convento de Nuestra Señora de Atocha, fue recuperado el citado estoque.<sup>77</sup>

Por su parte, Dionisio Daza Chacón, tiene un lugar consagrado en la historia medica española como cirujano experto y gran práctico en el ejercicio de las amputaciones, de las ligaduras, en la extracción de cuerpos extraños y curación de las heridas por armas de fuego, cuyos métodos se incluyen en la obra "Practica y Teórica de Cirugía", de 1585, considerada como demostración de los adelantos de la cirugía nacional de mediados del siglo XVI. Creó nuevos métodos para practicar amputaciones, realizadas hasta entonces con instrumentos candentes y que el paso a efectuar cortando limpiamente con cuchillo bien afilado y utilizando la sierra para los huesos, logrando la hemostasia con ligaduras y cauterización de bocas sangrantes, para terminar el procedimiento aplicando clara de huevo con otros ingredientes y cosiendo la piel del muñón. Su figura alcanzó especial relieve y brillantez al atender la curación de los heridos y enfermos de la batalla de Lepanto, en el puerto de Petala, entre los que, siendo fieles a la tradición, obtuvo la curación de un muchacho de 24 años que se encontraba embarcado en la "Marquesa", que "perdió el movimiento de la mano izquierda para gloria de la diestra" y de las letras españolas.<sup>78</sup> De todas estas guerras se desprenden algunos avances de la cirugía, si bien el precio al que se consiguen, dadas las condiciones en que de producen, resulta sin duda muy elevado.

---

<sup>77</sup> Hernández Morejón, "Historia bibliográfica de la Medicina Española". Tomo 4, pag.75

<sup>78</sup> Cayetano Rossel, "Historia del Combate Naval de Lepanto", Madrid, 1853.

No parece probable que en tal combate los técnicos citados fueran los únicos efectivos sanitarios embarcados. El combate de Lepanto, dado el número de naves y su dotación marinera y militar, lleva a pensar que debió de ser atendido por mas efectivos sanitarios, que incluirían los de las escuadras constitutivas de la Liga naval y que no pudieron ser los únicos profesores asistentes a la derrota de los turcos los dos españoles citados, máxime cuanto en la campaña de Túnez, dirigida en 1572 por Don Juan de Austria, aun frescos los laureles de Lepanto, iban a bordo de las naves cuatro médicos, cuatro boticarios, veinticinco cirujanos y quince barberos.<sup>79</sup>

La prestación farmacéutica a bordo de estos barcos supuso un avance importante en el ámbito de la medicina naval. Estaba a cargo de boticarios nombrados al efecto a las órdenes de un boticario mayor, el cual tenía amplias facultades para valorar la dotación de medicamentos así como las adecuadas existencias alimenticias a fin de aplicar las dietas precisas a enfermos y heridos. Por su parte la estructura sanitaria y reparto de personal a su servicio variaba en función del número de naves, y así, si se trataba de una embarcación aislada, la asistencia estaba encomendada a un cirujano o barbero y si se trataba de una flota, además del cirujano o barbero asignado a cada nave, existía un protomédico responsable del total de los servicios sanitarios.

Tan encarnizada lucha hizo surgir, por primera vez, la idea de una galera hospital, siendo la experiencia adquirida en tal batalla la referencia para la organización hospitalaria, años más tarde, de *La Invencible*, cuya

---

<sup>79</sup> Luis Comenge, "La Medicina en el siglo XIX" Tomo 1, pag. 119

derrota provocó la supresión de la gran nave hospital y su sustitución por la implantación de pequeñas instalaciones hospitalarias a bordo de distintas embarcaciones, en previsión de un eventual naufragio que hiciera perder todos los efectivos sanitarios.<sup>80</sup>

Durante el reinado de Felipe II tiene lugar la conquista de Portugal, en 1580, y durante su desarrollo, durante los combates de las Azores y las Terceras, en los que resultó vencedora la flota española a las ordenes del Marques de Santa Cruz y Recalde, llevaba la armada un *hospital formado*, con los clérigos, mayordomos, administradores, boticario, cirujanos y los demás oficiales necesarios y las camas, dietas, medicinas y demás cosas que fueran menester, así en la mar como en tierra, donde se ha de asentar y formar dicho hospital.<sup>81</sup>

Destacó durante tales campañas la figura del médico naval Don Cristóbal Pérez de Herrera, distinguiéndose no solo como emérito en su ciencia sino como insigne militar, participando en abordajes, argucias militares y ganando banderas por su mano, significándose los hechos de la isla del Fayai, con ocasión del retroceso de algunas naves españolas y de la intención de los enemigos en rematar a los caídos, defendiéndoles hasta recibir un arcabucazo en un hombro, recibiendo como justa recompensa del Rey una renta vitalicia, el título de protomédico de las galeras de España y doce años mas tarde el nombramiento de médico de cámara del Felipe III.

Apenas terminada la jornada de las islas Terceras, el mismo D. Álvaro de Bazán, Marques de la Santa Cruz, propuso al

---

<sup>80</sup> José E. Novo López,, "Evolución histórica de la Medicina Naval", Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1989

<sup>81</sup> Fernández Duro, "La conquista de las Azores en 1583" Madrid, 1886.

Rey la invasión de Inglaterra presentando un plan organizado al que se incorporaban medios y conductas sanitarias, el cual fue desarrollado, tras el saqueo de Cádiz, en 1587 por Drake, en la formación de la Armada Invencible, siendo el personal y material sanitario el previsto en dicho proyecto si bien hubo de ser implantado bajo las ordenes del Duque de Medina-sidonia, tras el fallecimiento del Marqués de la Santa Cruz.

Su diseño era el siguiente: "Relación de las naos, galeras y galeazas y otros navíos, gente de mar y guerra, infantería, caballería, gastadores y oficiales y personas particulares, armas y municiones y los demás pertrechos que se entienden podrán ser menester para en caso que se haya de hacer la jornada de Inglaterra... etc. (22 de marzo de 1586). <sup>82</sup>

La armada constaba de 510 navíos (entre naves y urcas de carga y navíos pequeños) con su porte de 110.750 toneladas, con una dotación aproximada en hombres de un 15% por cada cien toneladas (16.612 hombres de mar), de 40 galeras (con 3.200 hombres de cabo y 8.000 remeros), 6 galeazas con 720 y 1.8000 respectivamente, 20 fragatas, 20 falúas y 200 barcas chatas.

La gente de guerra alcanzaba la cifra de 55.000 infantes; de estos 28.900 españoles, 15.000 italianos y 12.000 alemanes, formando los primeros 10 tercios, con un médico y un cirujano cada uno, los segundos 6 cornelias, con médico y cirujano en cada una, al igual que la infantería alemana con sus tres regimientos. La artillería de mar con otro médico y cirujano con 30 y 20 escudos.

---

<sup>82</sup> Cesareo Fernández Duro, "La Armada Invencible", Tomo I, pag. 25

El Capitán General de la Armada llevaba asignado dos médicos con 60 escudos mensuales, y el Capitán General de la Infantería italiana, un médico con 300 escudos y un cirujano con el mismo sueldo, no se hace constar personal facultativo para los generales de otras armas.

Para el servicio del hospital, concebido para ser desplegado en la zona de operaciones, como formación de apoyo sanitario bajo la dirección de un Administrador General tras el desembarco de la infantería, se disponía de tiendas de campaña, camas con la ropa necesaria, nutrida botica y material preciso para el tratamiento y alimentación de enfermos y heridos. Se asigna en el material 2.000 mantas forzadas, 2.000 jergones de angeo, 8.000 sabanas de angeo curado, 4.000 cabezales, 2.000 colchones de angeo curado, tiendas de campaña 8 grandes y 8 pequeñas, 30 quintales de estopa de lino, para curar los heridos, paños de lino para curas, medicinas, carneros, huevos, gallinas, conservas y otras dietas, montando todo 13.404.000 maravedíes, siendo lo que se supone se ha de desembolsar para comenzar a poner en orden el dicho hospital y que con la limosna que se saca de los soldados se podrá in entreteniendo y pagando el sueldo de administrador general y administradores y demás oficiales, que serán los siguientes, en esta manera:

Un administrador general con 150 escudos. Dos administradores a 50 escudos. Cuatro curas a 10 escudos. Un protomédico con 50 escudos y otros 4 con 30 escudos. Un cirujano mayor con 50 escudos y otros 4 a 25 escudos. Seis practicantes a 6 escudos. Cuatro barberos a 5. Dos boticarios a 15. Dos ayudantes a 6. Un veedor a 25 escudos. Un tesorero a 25 otros 6 oficiales a 6. Cuatro enfermeros a 10. Doce mozos a 2.

Los cuales dichos sueldos (858 maravedíes) son los que ha de haber en el dicho hospital y se han de pagar cada mes, y porque como esta dicho la paga de ellos, ha de ser la limosna que se descontare a la gente de guerra, no se saca por esta partida ninguna cosa".<sup>83</sup>

La asistencia sanitaria estaba encomendada a barberos para un primer escalón, es decir, un barbero para cada Compañía de Infantería y otras unidades de guerra. Para contingentes mayores, como eran los tercios procedentes de Nápoles y Sicilia, así como las compañías de Flandes y Portugal, disponían de barbero, cirujano y médico. Además del personal sanitario adscrito a las unidades de guerra, la nave mantenía permanentemente a bordo para las atenciones sanitarias de la gente de mar, un cirujano o barbero.

La farmacopea de la Invencible estaba integrada por un heterogéneo conjunto de drogas, simples y compuestas, tales como aguas aromáticas, licores ácidos, jarabes, electuarios, extractos, píldoras, espíritus, sales, bálsamos, tinturas, aceites y ungüentos. Otro grupo lo formaban los cauterizantes, denominados también escaróticos, que figuraban en número de siete, entre los que se contaba el vitriolo blanco, el peroxido de hierro, piedra infernal, alumbre curdo y otros. Entre otras formas medicinales que figuraban en la botica de a bordo estaban los polvos y los emplastos, para uso exclusivamente externo estos últimos.<sup>84</sup>

Todo ello iba estibado a bordo de dos urcas en las que embarcaba el personal sanitario de menor rango, los médicos

---

<sup>83</sup> Cesáreo Fernández Duro, "La Armada Invencible", Tomo 2º, Pág. 453

<sup>84</sup> Galan Ahumada, "La Farmacia y la Botánica en el Hospital Real de Marina de Cadiz". Editorial Naval. Madrid, 1988.

y cirujanos se distribuían en los barcos de mayor porte para hacer frente a las contingencias que pudieran presentarse durante la navegación. Las urcas no eran por tanto barcos-hospital en sentido estricto, sino barcos de apoyo logístico sanitario encargados de transportar un hospital que solo era desplegado en tierra, mientras que durante la navegación o el combate en el mar, las bajas si eran atendidas en cada uno de los barcos por el personal que en ellos iba embarcado. Estas urcas respondían al nombre de "Casa de Paz Grande" y "San Pedro la Mayor".<sup>85</sup>

Respecto a la botica esta se solía embarcar en una de las urcas de transporte, bajo la custodia del boticario, sistema que tenia el inconveniente de que si el buque se perdía o separaba de la Armada, el resto de las unidades pasaban a encontrarse completamente desasistidas, demostrando la experiencia que la botica debía disponerse según el número de la tripulación de cada nao, dotándose a cada barco de una cantidad de medicinas y dietas proporcional a los efectivos embarcados en ellas.

El grueso de tales efectivos se concentraron en Lisboa, de donde zarparía rumbo al Mar del Norte con escalas intermedias para su aprovisionamiento. Mientras permaneció en Lisboa se desencadenó una epidemia de tifus que afectó a un número tan elevado de tripulantes que obligó a cambiar toda la planificación de la campaña y a desembarcar a tantos enfermos que la capacidad hospitalaria de la ciudad se vio desbordada sin poder dar atención sanitaria a todos ellos, siendo preciso el alojamiento de muchos en casas particulares. Todo ello conllevó la necesidad de embarcar más médicos, tarea harto dificultosa dada la carencia de

---

<sup>85</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad en la Jornada de Inglaterra (1587-1588)" Madrid, 1988



estos y las condiciones del embarque. Poco después de la salida hacia Inglaterra las contrariedades continúan, de modo que a las continuas bajas se suma una climatología extremadamente adversa, lo que obliga a muchas naves a una arribada forzosa en el puerto de La Coruña. La armada, tras una reorganización, se hace nuevamente a la mar pero los temporales continúan con máxima virulencia al punto de dispersar a varias unidades y dañar a muchas otras, entre ellas, y especialmente, a las dos urcas que eran las embarcaciones en las que se concentraban los materiales sanitarios, el hospital y la botica, experiencia de la que se extrajo la conclusión, para las siguientes batallas, de que los efectivos sanitarios debían distribuirse en varias naves para evitar, o al menos paliar, los peligros de un naufragio.

El enfrentamiento armado de las escuadras fue de especial fuerza y encarnizamiento saldándose, entre el fuego enemigo y el temporal que desarbolaba y hundía las naves, con cuatro mil bajas, entre muertos, heridos y desaparecidos. La tripulación que se salvó del combate retorno en su mayoría enferma, a consecuencia de la sed, el frío, el hambre y las condiciones poco higiénicas del embarque. Ante tal fracaso, sus causas y el número de enfermos embarcados, Felipe II envió instrucciones ordenando el desembarco inmediato de los más graves y la improvisación de hospitales en todos los puertos de arribada, enviando médicos, cirujanos, barberos, boticarios, medicinas, víveres y ropas, recabando para todo ello la ayuda del arzobispo de Burgos, del obispo de Pamplona y de algunos provinciales de la Compañía de Jesús.

Es en época de Felipe II en la que se mejora el aparejo, se crean los espacios estancos, se alargan las quillas, y la

nueva configuración de las naves, a las que se dota de troneras para el emplazamiento de la artillería como medio de combate más efectivo, provoca una mejora casual en las condiciones de la tripulación, al conllevar tales huecos una mayor ventilación de la hasta entonces disfrutada, progresos que contribuyen a la mejora higiénica. Sin embargo no fue hasta el siglo XVIII, con las Ordenanzas de Patiño, cuando tiene lugar la ventilación forzada.

Respecto de los cuidados higiénicos la ordenanza de 5 de noviembre de 1554, dada en Valladolid, las reglas de policía e higiene se reducen "a barrer y limpiar cada mes sobre cubierta y bajo cubierta y a perfumar con romero una vez por semana".

En 1587 se dan instrucciones al general Pedro de Arana que posteriormente se generalizan, en las que se pone de manifiesto que "de no tener con mucha limpieza los navíos de la Armada, suelen suceder algunas enfermedades y muertes y para excusar esto, se tendrá muy particular cuidado en la limpieza de ellos".<sup>86</sup>

Comienza a preocupar el cuidado de la gente enferma alojada a bordo<sup>87</sup> y se toman medidas preventivas sobre disminución de la ración de vino y prohibición de mantener mujeres publicas a bordo.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> Colección Navarrete. Tomo 28, documento n° 20

<sup>87</sup> Carta del Rey a Oquendo sobre el cuidado de la gente enferma, 21 de enero de 1588. Colección Vargas Ponce, legajo 15

<sup>88</sup> Orden del Rey de 22 de febrero de 1588. Colección Navarrete, tomo 30

### **3º) ESTRUCTURACION SANITARIA A BORDO DE LAS NAVES DE COMBATE EN EL SIGLO XVII**

En las grandes navegaciones, el número de enfermos con la sintomatología del escorbuto, un mal hasta entonces desconocido, crece de forma proporcional a la duración de la travesía y es descrito en sus dolencias y en su remedios, por primera vez, de forma no científica, por Sebastián Vizcaíno, en 1602, con motivo del viaje de exploración que hizo a Méjico y California, en cuya nave albergó a mas enfermos que sanos cuyos males quedaron paliados en el momento que desembarcaron y se alimentaron con comidas frescas y frutas.

Surge como gran descubrimiento, también con ocasión de otra gran travesía, la realizada por Fernández de Quirós en 1605 a los mares del Sur: la destilación de agua de mar, por vez primera, agua que bebió la tripulación durante el viaje. De las anotaciones hechas por el piloto Gaspar González de Leza se revela la gran novedad sanitaria de la siguiente forma: *"6 de febrero de 1606: Íbamos por la parte del Oeste destas islas de Mendoza, 350 leguas: en este día se ordeno el horno y se aparejo el adrezo de sacar agua dulce de la salada"* *"8 de febrero: Dieron fuego al horno e ingenio de agua y empezaron a sacarla con mucha facilidad y se sacaron en este día tres botijas peruleras y fue para probar el artificio, la cual, vista por todos, era muy clara, suave y buena para beber".*<sup>89</sup>

De las experiencias de las enfermedades de a bordo, de la labor desarrollada por las cofradías de mareantes y de las

---

<sup>89</sup> Salvador Clavijo y Clavijo, "La Orden Hospitalaria San Juan de Dios en la Marina de Guerra", Imp. Topología Artística. Madrid. 1950, pag 147.

fundaciones religiosas hospitalarias se va afianzando la idea de la necesidad del hospital de la Armada en tierra. No obstante el Estado no estaba en situación económica de poder implantar y mantener tales dotaciones sanitarias y se recurrió a las órdenes religiosas como la de San Juan de Dios y a la de alguna hacienda particular, especialmente dotada y caritativa como la de Juan Mateos que hizo hospital de su propia casa.<sup>90</sup>

En el Puerto de Santa Maria fue creado un hospitalillo para atenciones urgentes por los hermanos de San Juan de Dios, el cual fue absorbido, en 1680, por el Hospital Real de Cádiz, al servicio de la Marina.<sup>91</sup>

Durante el reinado de Felipe IV comienzan a crearse hospitales al servicio del personal de la Armada, como consecuencia de las Ordenanzas dictadas para el gobierno de la Real Armada del Mar Océano, promulgadas en Madrid, el 24 de enero de 1633. De entre sus disposiciones destacan:

*Capítulo 214: "I por lo mucho que importa para la conservación de la gente de mis Armadas y Ejércitos el tratar de la cura y asistencia que se debe a los que cayeron enfermos ordeno y mando: que en las partes donde estuviere la dicha Armada y Ejércitos se forme un hospital en que se acuda a este provisto de las camas, medicinas y regalos que fueren necesarios y tengan su administrador, médico, cirujano, enfermeros y la demás gente de que necesiten semejantes hospitales para que no haya ninguna falta en lo que tanto importa..."*

---

<sup>90</sup> López de Ayala, "Historia de Gibraltar". Madrid, 1782, libro 3º, Pág. 256.

<sup>91</sup> Archivo Ayuntamiento de Cádiz, libro 41, fol. 222.

Capitulo 216: "Todas las personas que cayeren enfermas se curaran en los dichos hospitales y no en ninguna casa particular excepto los capitanes vivos y reformados que se podrán curar en ellas y para los oficiales y demás gente particular que enfermare habrá en el dicho hospital una docena o mas de camas en aposentos aparte, donde se les acuda con lo necesario..."

Capitulo 218: "Los capellanes de la Armada pondrán cuidado en acudir al dicho hospital a visitar los enfermos..."

Capitulo 219: "I si alguna gente de la dicha Armada estuviera embarcada en los bajeles de ella mando se de la orden necesaria para que los enfermos que fueren cayendo se desembarquen y entren al hospital..."

Capitulo 220: "Si por alguna causa conviniera que la gente que se hallare menos necesitada de hospital se cure en los navíos donde estuviere embarcada, se podrá hacer con proveerlos de médicos y cirujanos y lo demás de que necesite..."

Capitulo 223: "También tendrá particular cuidado en no admitir ni asentar plazas de cirujanos ni barberos de la Armada en su hospital a personas que no tengan la suficiencia y partes que conviene para gozar de sus plazas, lo cual ha de constar por las cartas de examen y aprobación del Protomédico de la Armada..."

También dentro del texto de las Ordenanzas se dictan normas para una mejor cobertura de las necesidades sanitarias a bordo de los barcos, las cuales se recogen a partir del capitulo 225:

Capitulo 225: "Los dichos cirujanos y barberos han de embarcar consigo las herramientas de cirugía y demás cosas tocantes al ejercicio de sus plazas, obligando al que no las tuviere a que las compre de las pagas que se les dieren; y si hubiere algunas que por exquisitas no sea de la obligación de los cirujanos el tenerlas, y por necesarias sea forzosos el llevarlas en los navíos, se tratara de ello con los médicos y Cirujano Mayor para que diga las que son y se provean por cuenta de mi Real Hacienda."

Capitulo 227: "Para regalo y cura de los enfermos que pudiere haber en los viajes que hiciere la Armada, se tenga cuidado de embarcar en ella cantidad de carneros vivos, gallinas, bizcocho blanco, azúcar, ciruelas pasas, huevos, dulces y las dietas que se acostumbra juntamente con la estopa, ventosas, vendas para las heridas y otras cosas de esta calidad que declaren los médicos y cirujanos, para que la gente que me sirve no padezca alguna falta en cosas tan necesarias."

Capitulo 230: "Al enfermo que no pudiese comer la ración ordinaria, se le den doce onzas de bizcocho blanco, para comida y cena, y una libra al que comenzare a convalecer, con lo demás que conforme a la necesidad que tuviere se le mandare dar por los médicos que le curaren."<sup>92</sup>

Por su parte, en 1647, se dictan resoluciones para el gobierno de las galeras de España, Nápoles y otros bajeles de la Armada en las que se observa por primera vez ciertas preocupaciones, traducidas en mejoras, respecto de la

---

<sup>92</sup>Salvador Clavijo y Clavijo, "Trayectoria hospitalaria de la Armada". Edit. Naval, 1944, pag 23 y ss.

tripulación de más baja categoría, denominada chusma, y de sobre la que se prevé: "la chusma sea bien vestida y alimentada" y en donde se especifica: "habéis de procurar como queda dicho que aya gran recaudo en lo que toca a la cura de enfermos i de que sean tratados i que aya porviison suficiente de medicina i las otras cosas necesarias i Será bien que con cada Escuadra de galeras ande un médico que sea asimismo cirujano..."<sup>93</sup>

Finalmente, en las Ordenanzas dictadas el 12 de abril de 1650, en su artículo 56, se ordena: "Las dietas de carne fresca, gallinas, pollos, huevos, pajas, almendras y conservas que se den a los remeros enfermos se han de dar por orden del médico que los cura" y en su artículo 54 que "se den refrescos a la chusma"<sup>94</sup>

En cuanto a la estructura sanitaria y reparto de personal al servicios de las embarcaciones, tras las experiencias acontecidas durante las batallas de Lepanto y de La Invencible, variaba según se tratase de una embarcación aislada en cuyo caso la asistencia estaba encomendada a un cirujano o barbero o si, por el contrario, se trataba de varias unidades en cuyo caso además del cirujano o barbero asignado a cada nave había un protomédico que era el responsable de los servicios sanitarios de toda la flota, y varios cirujanos latinos, de acuerdo con el grueso de la misma. El cirujano latino era considerado de categoría superior al cirujano romancista, pues los conocimientos de estos eran solamente de tipo práctico y muy rudimentarios en tanto que la formación de aquellos incluía la superación de unos exámenes teóricos en los que demostraban sus conocimientos sobre las teorías de Hipócrates y Galeno, sin

---

<sup>93</sup> Archivo Departamento Marítimo. Cádiz. R.O. de 28 de marzo de 1647

<sup>94</sup> Archivo Departamento Marítimo. Cádiz. Ordenanzas 12 de abril de 1650

olvidar los correspondientes a traumatismos y enfermedades de los huesos.<sup>95</sup>

#### **4º) LA HIGIENE NAVAL EN EL SIGLO XVIII.**

Comienza en España el siglo XVIII con profundos avatares políticos, tras la enfermedad de Carlos II y la designación de Felipe de Anjou como sucesor, con la abierta desaprobación del archiduque de Austria lo que da lugar a la guerra de Sucesión, finalizando la dinastía de la Casa de Austria y comenzando la dinastía de los Borbones. Es en este tiempo en el que se inicia el proceso de reconstrucción de la que, a partir de ese momento sería conocida como Armada Real, tras la supresión de los títulos de escuadras regionales y el establecimiento de los diversos grados que ostentarían sus mandos, a imagen y semejanza de los existentes en la Marina francesa.

Se crearon los Departamentos Marítimos en Ferrol, Cádiz y Cartagena, propiciándose el inicio de un programa de construcciones navales en los arsenales de esas ciudades junto con el de La Habana, en el que se introdujeron las nuevas tecnologías del momento y se incorporaron profesionales venidos del exterior lo que propicio pasar en pocos años de la precaria situación en que se encontraba la Marina española con el último de los Austrias "consumidos los barcos y desmoralizados sus hombres, formaban el conjunto mas lastimoso que haya tenido el nombre de Marina", en palabras de Fernández Duro, a una Armada que a finales del siglo XVIII estaba integrada por 76 navíos, 51

---

<sup>95</sup> Martín Carranza, "La Sanidad en la Marina". Revista Medicina e Historia, octubre 1970.



fragatas y 184 barcos menores con unos 100.000 hombres de dotación sobre sus cubiertas.<sup>96</sup>

A principios de siglo la sanidad marítima a bordo de los barcos se resiente por falta de medios económicos para dotar a las embarcaciones con el adecuado personal y medios suficientes. Sin embargo en poco tiempo tiene lugar un notorio relanzamiento que se inicia con la creación del Cuerpo de Cirujanos en 1728 y que culmina con la implantación del Real Colegio de Cirujanos de Cádiz a mediados de siglo. Una de las primeras medidas de la nueva Administración fue la de mejorar la calidad de la atención sanitaria recibida a bordo de los barcos, sustituyendo a todos los barberos que ejercían su profesión a bordo de las galeras por "cirujanos examinados y de inteligencia", medida adoptada en septiembre de 1703.<sup>97</sup>

Las condiciones de higiene a bordo de los bajeles continuaban siendo muy precarias, resultando grafica la expresión de Rochard que decía: "el oficio de marino es un desafío lanzado a la higiene".<sup>98</sup> Al hacinamiento, la suciedad, la humedad, los rigores de la climatología, la falta de ventilación, la inadecuada alimentación, había que añadir los penosos y esforzados trabajos que realizaba el marino, sin mas medios que su propia fuerza y musculatura, conjunto de condiciones adversas que ocasionaban innumerables enfermedades, principalmente reumáticas, de vías respiratorias y carenciales, que suponían un elevado número de bajas por enfermedad o muerte en los navíos de la armada.

---

<sup>96</sup> Manuel Gracia Rivas, op. cit. nota 18, pag. 73

<sup>97</sup> Manuel Gracia Rivas, op. cit. nota 18, pag. 74

<sup>98</sup> Nieto Antunez, "Higiene Naval". Imp. Moret. La Coruña, 1959, pag 21

Fueron las Ordenanzas de Patiño, promulgadas el 25 de mayo de 1728, las que contienen las primeras iniciativas sobre ventilación forzada. Es también producto de estas Ordenanzas la desinsectación mediante fumigantes de cloro y el achique de sentina mediante bomba, pequeños pero a la vez notables avances en la higiene naval.<sup>99</sup> No sería hasta finales de este siglo cuando se produjera el planteamiento de la dieta a bordo con la recomendación del consumo de verduras y frutas frescas como preventivo al mayor mal inherente al navegante, el escorbuto. El descenso de la morbilidad y mortalidad fue notorio, en una época en que las cifras de enfermos y muertos por esta causa había alcanzado cifras alarmantes.

En Inglaterra, en 1742, Samuel Sutton presentó un sistema de renovación de aire viciado en los barcos. Por su parte James Lind, cirujano de la Real Armada Británica, realizó trabajos experimentales para la curación del escorbuto, a partir de los cuales comprobó los beneficios de la fruta ácida sobre los marinos enfermos al punto de hacerse obligatorio desde entonces, entre la carga de víveres de todos los barcos ingleses, un concentrado de zumo de limón.<sup>100</sup>

En 1791 Thomas Trotter escribió el tratado más completo de su época sobre Medicina Náutica en tres tomos, especie de enciclopedia de Medicina Naval de su tiempo. La preocupación por proteger la salud de los marinos se hizo extensiva a todas las marinas del mundo, con lo que de forma gradual y con los avances sociales y médicos, las situaciones calamitosas que hasta entonces imperaban en los barcos de la marina fueron siendo poco a poco preteridas

---

<sup>99</sup> Nieto Antunez, "Higiene Naval". Imp. Moret. La Coruña, 1959. pag 17

<sup>100</sup> Orozco Acuaviva, "Historia de las enfermedades de los navegantes:escorbuto". Anales R.A.Medicina de Cadiz, 1979, vol XV,nº 1

para convertirse en un recuerdo histórico felizmente superado.

En el segundo tercio del siglo XVIII se culmina la exclusión de los barberos en las embarcaciones y comienza el reemplazo por cirujanos, quienes a diferencia de los barberos tenían que superar un examen ante un protomédico o médico ordinario designado por el Protomedicato. Se crea el Cuerpo de Cirujanos de la Armada y se introduce como disciplina, dentro de los programas curriculares del Colegio de Cirujanos de Cádiz, la Higiene Naval, de modo que por primera vez en la historia de la navegación comienza a prestarse atención científica a los alojamientos de los tripulantes y a su repercusión en la salud de las dotaciones.

Las Ordenanzas por las que se creó el Cuerpo de Cirujanos, de 1728, encomendaban el cuidado de las dotaciones de a bordo a los cirujanos, prescindiéndose de los médicos y estaban inspiradas en la selección y mejor capacitación de sus miembros, leyéndose en uno de sus artículos: "...ningún cirujano primero ni segundo Será admitido en la Marina sin que primero sea examinado y aprobado por el Cirujano Mayor y lo mismo se entenderá con Ayudante de Cirujano Mayor, sangradores y barberos". Entre otras de las exigencias para ingresar en el Cuerpo de Cirujanos recién creado estaba la denominada "limpieza de sangre", entendiéndose por tal requisito el ser cristiano antiguo, es decir, no ser hijo de moro, morisco, judío o hereje perseguido por la Inquisición. El número de cirujanos embarcados en cada nave era proporcional al número de cañones y capacidad de combate.

Durante el reinado de Carlos III se prestará especial atención al engrandecimiento de la Marina, tanto militar como comercial, así como a las enseñanzas de medicina, las cuales repercutieron en el afianzamiento de la misión de los cirujanos que realizaban su labor a bordo de los barcos de su Real Armada.<sup>101</sup> Son los cirujanos de la Armada los únicos en recibir enseñanzas de Medicina, toda vez que las peculiares características en que se desarrolla su asistencia a bordo de barcos en combate y durante largas navegaciones, así lo aconsejan. No obstante contaban para ello con la firme oposición de los protomédicos, en su lucha por mantener su hegemonía entre los profesionales de la sanidad. Por ello es preciso dictar normas para legalizar la enseñanza de la Medicina en el Colegio de Cádiz, en concreto la Ordenanza de 1791 que tuvo que reconocer y proteger este derecho pese a que en la práctica tal enseñanza formara parte del plan de estudios del Colegio de Cádiz desde su inauguración.

Los Colegios de Cirugía significaron un enfrentamiento con las Universidades, y una pugna entre cirujanos y médicos. No obstante debe destacarse la notoria relevancia de tales Colegios, que supusieron un gran progreso para la cirugía, trascendiendo los métodos tradicionales en que se basan los estudios universitarios que proscribían las prácticas con cadáveres, fundamento de la formación de los cirujanos.

La razón principal del éxito de las enseñanzas impartidas en el Colegio de Cádiz -creado por la Marina para la

---

<sup>101</sup> Su formación abarcaba no solo conocimientos de Cirugía sino también de Medicina interna, de acuerdo con la misión que en solitario tendrían que desempeñar a bordo de las naves. La Higiene Naval era una disciplina más a impartir dentro de los programas del Colegio de Cádiz, por cuyo motivo y por primera vez en la historia de la navegación comienza a prestarse atención científica a los alojamientos de los tripulantes, en cuanto a su repercusión sobre la salud de las dotaciones.

asistencia de sus enfermos- y poco después en el Colegio de Barcelona- creado por el Ejército para la asistencia de los suyos- se debe a haber sido dotados de un hospital para realizar las enseñanzas prácticas, lo que ya por entonces era habitual en otros países europeos, así como la iniciación en la autopsia lo que supuso avances muy importantes en detrimento de otras instituciones de enseñanza que persistían en un conocimiento meramente teórico. En este sentido el profesor Gimbernart decía: "*el cadáver es mi libro favorito*".<sup>102</sup>

Muchos de los cirujanos formados en el Colegio de Cirujanos de Cádiz pasaron a prestar servicios en el Ejército, aun cuando este contara con su propio Colegio de Barcelona, pues era mayor el prestigio del Colegio de Cádiz y así, el Presidente de ambos, cirujano primero de Cámara, insistió en las diferencias de unos y otros considerando apropiada la admisión de los cirujanos de la Armada en las filas del Ejército pero no viceversa, justificándolo del siguiente modo: "*.... por faltar a los cirujanos del Colegio de Barcelona la instrucción en materia médica necesaria e indispensable a los cirujanos de la Armada que tiene precisión de ejecutarla en los embarques de cualquier clase que sea y aun en los mismos Departamentos antes o después de la navegación*".<sup>103</sup>

En octubre de 1770, Francisco Canivell, entonces cirujano mayor de la Armada, solicitó se le concediera al Cuerpo el uso de uniforme, petición denegada en anteriores ocasiones, pero que es conseguida al fin mediante Real Orden publicada en agosto de 1771. La Real Orden prescribía:

---

<sup>102</sup> José E. Novo López, "Evolución histórica de la Medicina Naval". Editorial de la Universidad Complutense. Madrid, 1989

<sup>103</sup> Salvador Clavijo y Clavijo, "La orientación de la Sanidad en la Marina de Guerra". Imp.M.Marina. Madrid, 1941, pag 54

"Condescendiendo el Rey a las reiteradas instancias que ha hecho el Cuerpo de Cirujanos de la Real Armada para que se les permita vestir un uniforme que al mismo tiempo que los condecere y los iguale en la decencia debida, los distinga así entre la generalidad de las gentes, como en las concurrencias a que le precisan los destinos de su instituto a bordo y en tierra, con las demas clases de empleados; ha resuelto S.M. señalarles para su continuo uso, con su prohibicion de todo otro vestido de calor, el que se demuestra en el correspondiente diseño, el qual consiste en casaca y calzón de paño azulado claro (llamado comúnmente gris de fer) chupa, buelta y collarín encarnado; botón y ojal de hilo de oro a los dos lados, y un galoncito también de oro, mosquetero del ancho, figura y labor del que va pintado debajo, con la distinción que ha parecido conducente para que aun entre si mismos se diferencien según sus clases. I de orden de S.M. lo participo a V.S. para su noticia y que la comunique al Cirujano Maior de la Armada para la suia y la del todo el Cuerpo, previniendo a V.S. haga sacar promptamente copias exactas del mismo diseño y remita una a cada Departamento y a la Havana pues sobre este supuesto se dan iguales avisos de esta Real resolución a sus respectivos Intendentes".<sup>104</sup>

Durante este siglo se acometen también mejoras en las dotaciones del equipamiento de cada navío con los pertrechos que van estableciéndose a través de minuciosos reglamentos dictados a lo largo de estos años. Así, destaca el "Reglamento General de quanto abraza el total armamento de los Navíos, Fragatas y Corbetas de la Real Armada" aprobado en 1790, en el que se regula el instrumental,

---

<sup>104</sup> Salvador Clavijo y Clavijo, "Revista General de Marina, mayo de 1941 (suplemento).

enseres, medicinas y dietas que correspondían a cada tipo de buque.<sup>105</sup>

Por su parte en 1764 se concedió el título de "Don" a todos los cirujanos Primeros, haciéndose extensivo posteriormente a los cirujanos segundos.

La excelente preparación de los cirujanos tuvo numerosas ocasiones en las que pudo ser demostrada, pues durante este siglo se sucedieron importantes conflictos con escenario marítimo en los que tuvieron que ser atendidos muchos heridos en combate en las condiciones más desfavorables, así durante los intentos de recuperación de Menorca y Gibraltar, la intervención en Italia con la conquista de Nápoles y Sicilia, las innumerables actuaciones en el norte de África acometidas contra los piratas berberiscos, las disputas con Portugal que dieron lugar a la Jornada de Brasil y la permanente hostilidad con Inglaterra. En la escuadra que en 1782 reconquistó Menorca hubo dos barcos que dispusieron de 204 y 123 camas para acoger bajas: la fragata española "San José" y la urca holandesa "Joven Juana", respectivamente. En la campaña del canal de Inglaterra de 1779, la escuadra contó con una urca, la "Santa Rita", acondicionada como hospital, y con el navío mercante "Mentor", fletado como hospital para acompañar al convoy que fue a Guarico en 1782. En la expedición a Argel de 1775 fue acondicionada la urca "Santa Ana" como hospital.

Por último ha de destacarse que la Armada muestra también, durante estos años y a través del Colegio de Cirujanos,

---

<sup>105</sup> Reglamento General de quanto abraza el total armamento de los Navios, Fragatas y Corbetas de la Real Armada, desde la manga de 29 codos hasta la de 14. Sugeto a la medida de Burgos que rige actualmente en los Arsenales, aprobado y mandado imprimir por S.M., en 21 de agosto de 1790. Santiago, Ignacio Aguayo y Aldemunde imp. 1792

especial apoyo e interés por el estudio y cultivo de plantas de efectos medicinales, creando el Jardín Botánico, y costeándose específicas expediciones científicas a América para la mas completa investigación de la materia.

## **5º) EL XIX: UN SIGLO DE AGITACIONES**

Con los acontecimientos del inicio del siglo XIX, batalla de Trafalgar y guerra de la Independencia, la Marina española se precipita hacia su decadencia, de la que no se recuperará hasta el reinado de Isabel II. En la fatídica fecha del 21 de octubre de 1805, se perdieron diez navíos y un enorme número de vidas humanas. Los barcos en servicio pasaron en muy pocos años, de 1795 a 1833, de 135 a 12, lo que describe por sí solo la rapidez con la que la insigne Armada surgida del tiempo ilustrado se precipita en la decadencia. A ello se añadía la escasa operatividad de los barcos en efectivo, faltos de personal o de pertrechos. Entre 1808 y 1836 tan solo fue posible acometer las mínimas reparaciones necesarias en los navíos. Esta misma crisis resulta trasladable a la Sanidad Naval que atravesó uno de sus peores momentos.

No obstante destacan en este tiempo las normas dictadas, en 1800, sobre el funcionamiento de las farmacias para el buen servicio del personal del ejército y marina que se ocupaba de la prestación farmacéutica del personal a bordo de los barcos.<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> Folch Andreu, "Elementos de la Historia de la Farmacia". Imp. Izquierdo. Madrid, 1927, pag. 321.



También es destacable de estos años el trascendental avance médico que supuso la vacuna de la viruela, vacunación llevada a cabo a bordo de la corbeta María Pita, que zarpó de La Coruña el 30 de noviembre de 1803, con la finalidad de llevar la vacuna brazo a brazo, con un grupo de niños de la Casa de Expósitos de dicha ciudad, al otro lado del Atlántico. Tal operación se realizó siendo los niños vacunados de dos en dos cada semana, con el virus obtenido de los inoculados la semana anterior.<sup>107</sup>

El conflicto de la guerra de la Independencia obliga a muchos cirujanos de Marina a prestar servicio incluso en el Ejército. Durante la batalla de Trafalgar su actuación fue especialmente difícil y destacable, dadas las condiciones en que se desarrollo la misma, siendo narrada por el historiador Javier de Salas, entre otras, con estas palabras: *"...cubiertas las baterías de seres humanos inmóviles en sus respectivos puestos; unos al lado de los cañones, otros en medio de la crujía sosteniendo en sus brazos los cartuchos que han de llevar la destrucción al enemigo y pendientes de sus manos, unos haces de filástica deshilada (lampazos) que han de servir para empapar la sangre de semejantes o la suya propia; mas allá colocadas de trecho en trecho, tinas repletas de arena, para evitar que los vivos resbalen su planta en la sangre de los que vayan muriendo; abajo en otro compartimento donde apenas penetra la luz del día se distingue a la débil que refleja un opaco farol, un pequeño grupo rodeando una mesa sobre la cual o a sus pies, hay cuchillos mas horrorosos que los cuchillos que matan, sierras que hielan de espanto el corazón de los héroes, agujas a cuya sola vista se cree punzada la imaginación, compresas, hilas, estopas, vendas, lienzos, varios pomos de cristal, camillas, tenazas,*

---

<sup>107</sup> Nieto Antunez, "Higiene Naval". Imp. Moret. La Coruña, 1959. pag 73

*torniquetes y otros útiles, remedando el todo un trasunto de los tormentos inquisitoriales. Si a otro lado se dirige encuentran sus ojos un grupo mas pequeño, del cual se destaca un sacerdote revestido de estola, rodeado de los atributos de nuestra sacrosanta religión...*"<sup>108</sup>

Sin embargo, todo un cúmulo de desafortunados eventos dió lugar a que el prestigio del cirujano de la Armada se resintiera durante el reinado de Fernando VII. Las adversidades sufridas con ocasión del citado conflicto bélico y el comienzo poco más tarde de los conflictos independentistas de las colonias de Ultramar, desestabilizan la economía de la nación abocándola a una profunda crisis en la que la Marina se ve especialmente resentida. Tal situación repercute igualmente en el Colegio de Cirujanos de Cádiz, para el cual comienza a escasear el profesorado y el material de biblioteca y laboratorio, propiciándose su declive. En 1815 se dispuso que no fueran convocadas más plazas de alumnos. En 1828 pasó a depender de la Real Junta Superior de Medicina y Cirugía, no perteneciendo por tanto ya a la Marina. Por su parte la Real Ordenanza de 31 de octubre de 1831 decretó "la completa separación y total independencia entre el Colegio de Cádiz y sus Catedráticos y el Cuerpo de Médicos Cirujanos de la Real Armada". La separación del Colegio de Cirugía de la Armada tuvo una inmediata repercusión en las disponibilidades de personal pues hasta entonces todos los cirujanos que servían en la Armada se habían formado en él, tanto en Medicina como en Cirugía.

Dentro de este proceso de degradación tuvo lugar también la perdida de los hospitales de Marina. La Armada, que a comienzos de siglo disponía de hospitales en El Ferrol,

---

<sup>108</sup> Javier de Salas: "Historia de la matricula del mar", pag. 322

Cádiz y Cartagena, contruidos con cargo a sus presupuestos, en los que se sentaron las bases del conocimiento científico del Cuerpo de Cirujanos de la Armada durante todo el pasado siglo, hubo de entregarlos a la Real Hacienda por R.O. de 20 de octubre de 1817. Todos ellos fueron entregados por Hacienda a administradores particulares a quienes la Marina pasó a pagar las estancias realizadas por su personal haciéndose pronto cargo de ellos el Ejercito, hasta que en 1866 fueron devueltos a la Armada los de Cartagena y Ferrol.

El reinado de Fernando VII estuvo plagado de conspiraciones, revueltas, pronunciamientos y demás circunstancias políticamente perturbadoras que condujeron a una época confusa y a un profundo declive económico.

A la muerte de Fernando VII, y tras la regencia de la reina Maria Cristina, le sucede su hija Isabel II. Es a partir de 1845, tras la proclamación de la mayoría de edad de Isabel II cuando una cierta estabilidad política propicia la adquisición de nuevos barcos contruidos en arsenales españoles y extranjeros, y así, hasta la revolución de 1868 se encargaron 7 fragatas acorazadas, 13 de hélice, 2 corbetas de hélice, 29 goletas de hélice, 31 vapores de ruedas, 11 transportes y otros barcos menores, de modo que al final de este periodo España se convierte en la cuarta potencia naval del mundo. Con todo mucho más ambicioso resultó el plan aprobado por el gobierno liberal durante el reinado de Alfonso XII, que no pudo ser culminado, tras su prematura muerte.

Durante el reinado de Isabel II, el Cuerpo de Cirujanos pasa a denominarse Cuerpo de Sanidad de la Armada, por Real Decreto de 3 de mayo de 1848 y tras diversas

reivindicaciones sobre derechos de escalafón, ascensos, prerrogativas, sueldo y demás prebendas, se dicta, con fecha 8 de abril de 1857 un reglamento por el que se aumentaron las plantillas, se mejoraban los sueldos y se acortaban los tiempos de ascensos y se establecían equivalencias en categorías y trato con los oficiales del Cuerpo General y con los de Sanidad Militar del Ejército de Tierra. Se les diseñó también uniforme de gala, media gala y diario.

Durante la segunda mitad del siglo el Cuerpo de Sanidad de la Armada lucha por recuperar el prestigio que tuviera durante el siglo precedente el otrora Cuerpo de Cirujanos. En este sentido el 12 de noviembre de 1856 se dictó una R.O. por la que se autorizaba a que los médicos se alternasen con los contadores y capellanes por orden de antigüedad y categoría militar, modificando la de 1851 en la que se daba preferencia en el alojamiento de cámara a estos sobre aquellos. Entre otras razones se argumentó que en la Armada de Inglaterra y de otras potencias el médico tenía el mismo tratamiento y derecho que los oficiales.

Otras modificaciones van siendo objeto de aprobación en diversos textos, todos ellos imbuidos del convencimiento del valor del servicio prestado por el médico naval, que desembocan en el Reglamento Orgánico de 17 de julio de 1869, siendo Regente del Reino el general Serrano y Ministro de Marina el almirante Topete, en el que acepta la necesidad de reformar el Cuerpo para que responda con eficacia a la misión que tiene encomendada. En el se definen las funciones a desempeñar, se establecen las disposiciones sobre ascensos, retiros y se equiparan los uniformes de Sanidad a los del Cuerpo General, salvo pequeñas variantes. La plantilla orgánica del Cuerpo quedó

constituida con cinco inspectores, tres subinspectores de primera, seis subinspectores de segunda, catorce médicos mayores, setenta primeros médicos y sesenta segundos médicos.<sup>109</sup> En dicho Reglamento se contempla también, como única vía de acceso al Cuerpo, el sistema de oposición a través del cual se seleccionara a los cirujanos mejor preparados.

En 1878 se equiparó el cargo de inspector jefe del Cuerpo al grado de contralmirante. Debe señalarse que el papel de médico de la armada era especialmente duro pues a la práctica de su ciencia aunaba, en la mayor parte de los casos, una actitud y disposición militar, participando activamente en el combate de modo que dichos facultativos destacaron en la mayor parte de las ocasiones por su valor en la batalla y sus meritos militares, abandonando un tanto, aun sin que ello fuera su voluntad, el estudio continuado de la evolución de su ciencia, pues la permanencia casi en exclusiva en el buque al que habían sido destinados y la duración de las grandes travesías a que se veían abocados, lejos de bibliotecas, y de centros de estudio e investigación, impedía su puesta al día en conocimientos. No obstante durante esta época, y a fin de paliar tal problema se crea el "Boletín de Medicina Naval", en 1878, como periódico oficial del Cuerpo de Sanidad de la Armada, difusor de formación científica para los médicos de la Armada y surgen diversas publicaciones de investigación. Suponen por tanto las dos últimas décadas del siglo XIX años de resurgimiento y progreso para la Sanidad Naval, que evoluciona al compás de los adelantos de la disciplina médica, impulsada por publicaciones especializadas, entre

---

<sup>109</sup> Jose E. Novo Lopez, op.cit. not. 43

las que destacan las dedicadas a Higiene Naval, disciplina hasta entonces bastante olvidada.<sup>110</sup>

Dicha disciplina toma auge en buena medida como consecuencia de las propias condiciones de los nuevos barcos. A finales del siglo XIX se produce un cambio radical en la vida a bordo, propiciado por dos innovaciones tecnológicas de extraordinaria importancia: la maquina de vapor y los nuevos sistemas de construcción metálica. Hasta este momento, y superada la etapa del remo, la navegación había dependido en exclusiva de una fuerza natural caprichosa, el viento, cuyo aprovechamiento había supuesto, en si mismo, el mayor de los retos. Desde el siglo XVI fueron numerosos los intentos para adaptar artificios que procuraran la propulsión al margen del viento, algunos tales como la instalación de una enorme rueda en cubierta que a modo de noria movida por mulos movía palas que impulsaban el buque, ingenio que se reveló como muy poco práctico y que no tuvo proyección alguna. También se ha querido atribuir al español Blasco de Garay la utilización del vapor como sistema de propulsión naval al instalar un ingenio de estas características en el navío "Trinidad". El proyecto consistió en montar una enorme caldera para accionar por chorro de vapor unas paletas que sustituirían los remos. Sus pobres resultados provocaron que se abandonara el proyecto.<sup>111</sup> Por su parte, durante el siglo XVII Denis Papin llevó a la práctica una primera aproximación al vapor, seguido de otras durante el XVIII, pero verdaderamente no fue hasta el siglo XIX, cuando nuevas innovaciones permitieron la introducción definitiva

---

<sup>110</sup> En 1878 nace el Boletín de Medicina Naval, siendo su fundador el subinspector de segunda, don José Erostarbe y Bucet, el cual fue durante muchos años un importante órgano de difusión de los conocimientos que sobre Medicina en general se iban adquiriendo y muy concretamente los referentes a Medicina Naval.

<sup>111</sup> Virgilio Pérez y González de la Torre, "Historia de las Cuatro Marinas Españolas. Marina de Guerra", Silex, Madrid, 2001

de este sistema de propulsión gracias a las aportaciones del escocés James Watt. La autoría del primer buque de estas características se ha adjudicado al norteamericano Robert Fulton que abrió una línea regular entre Nueva York y Albany cuyo éxito produjo la inmediata difusión del prototipo, sobre todo una vez adaptada la hélice que permitió la introducción de la propulsión a vapor en todas las marinas de guerra del mundo.

El primer barco español a vapor de hélice fue la goleta "Isabel Francisca" botada en Cartagena el 30 de marzo de 1856, a la que siguieron una larga serie de barcos de similares características que junto con las fragatas de hélice cuya construcción se inició con la "Princesa de Asturias" en 1857, constituyeron el núcleo de la armada isabelina.

Otro de los enormes avances de aquellos años fue el blindaje en los barcos, que demostró la capacitación para resistir los impactos recibidos, lo que conllevó la búsqueda de sistemas artilleros de mayor potencia de ataque perforación y destrucción. En España, tras la aparición de este nuevo sistema de dotación de defensa, se procedió a blindar todas las fragatas de hélice que en aquellos momentos se encontraban en construcción, botadas a partir de 1863.

Uno de los beneficios de la nueva forma de navegación fue la posibilidad de conseguir una velocidad de crucero constante, lo que incidió principalmente en la alimentación, pues podía disponerse de alimentos frescos durante la mayor parte del viaje, introduciéndose además el concepto de cocina y cocinero que permitía una mejor elaboración, así como la implantación de sistemas de

conservación de los alimentos que procuraron un enorme avance en las técnicas de alimentación a bordo.

Durante el reinado isabelino tuvieron lugar diversas expediciones militares, según se denominaron por la política exterior acometida durante esta etapa, entre ellas la realizada a Italia en apoyo del Papa Pío IX tras la proclamación de la república italiana a fin de restablecer sus derechos del Pontífice; la expedición a la Cochinchina en colaboración con el ejército francés para castigar el asesinato del obispo dominico español José María Sanjurjo, en la que para evacuar hacia Manila las bajas que se produjeron fueron fletadas dos grandes barcas, la "Bella Gallega" y la "Bella Carmen", atendidas por médicos del Ejército; las operaciones emprendidas contra Marruecos, entre septiembre de 1859 y marzo de 1860, como consecuencia del continuo hostigamiento sobre las plazas de Ceuta y Melilla, en las que para evacuar a los enfermos se habilitaron barcos hospitales, entre otros, el "Mallorquín", "Negrito", "San Servando", "Bretagne", "Pensamiento" y "Vigilant", ninguno de los cuales pertenecía a la Armada; y el combate del Papudo contra las nuevas repúblicas de Perú y Chile y los bombardeos de El Callao y Valparaíso, de los que se extrajo la experiencia de la carencia de las fragatas de un lugar adecuado, bajo la línea de flotación, para instalar un hospital de sangre resguardado de los proyectiles enemigos y en el que pudieran colocarse en caja los medicamentos inflamables.

Durante estos años se construyeron también hospitales flotantes para atender al personal destacado en lugares a los cuales todavía no se habían implantado instalaciones sanitarias en tierra, fletándose al efecto la fragata "Cortes" fondeada en Samana y el pontón "Perla" fondeado en



el puerto de Fernando Poo. A La Habana fue enviado el vapor "Cataluña" acondicionado con 200 literas y que llegado el caso podía acoger hasta 600 enfermos. Desempeñaron también funciones de hospitales flotantes el pontón "Santa Lucia", que prestó servicios en Jolo, Bongao y Davao y el pontón "Animosa", antigua goleta utilizada como enfermería en Pollok y Bongao.

Con el levantamiento del general Prim, en el que la Armada participó activamente, la reina Isabel II partió al exilio en Paris. Formado Gobierno provisional y constituidas las Cortes, fue votada la candidatura de Amadeo de Saboya como nuevo monarca, primero que vistió el uniforme de la Marina. Con dos movimientos que hacer frente, el republicano y el carlista, el Rey abdica en febrero de 1873, proclamándose la Republica, cuya vida fue aún mas corta que el reinado de Amadeo I.

El primer monarca español que sentó plaza de guardiamarina, fue Alfonso XII, quien proclamado Rey llegó a Barcelona procedente de Marsella el 9 de enero de 1875, a bordo de la fragata "Navas de Tolosa". A su fallecimiento en 1885, su viuda, Maria Cristina, ejerció la regencia hasta 1902, en una época en la que se produjeron los conflictos coloniales de Ultramar, de consabidas perdidas.

El 30 de abril de 1898, nueve días después de la ruptura de relaciones diplomáticas, fondeó en la bahía de Subic la escuadra norteamericana. Al día siguiente entraron en Manila y se dirigieron a Cavite en donde se encontraba la escuadra española. En poco más de cuatro horas, el 1 de mayo de 1898 todos los barcos españoles habían sido hundidos e incendiados en las aguas de la bahía. Terminado el combate las victimas fueron trasladadas a los hospitales

habilitados al efecto. Finalmente fueron las tropas americanas las que protegieron a médicos y enfermos del asalto de los filipinos que saquearon las salas hospitalarias, facilitando un vapor en el que bajo la bandera de la Cruz Roja, fueron conducidos hasta Manila, desde donde fueron trasladados a Guadalupe en cuyo convento fueron todos acogidos.

El ataque norteamericano a Santiago de Cuba, tras los incidentes del "Maine" y la declaración de la Comisión mixta de las Cámaras americanas declarando Cuba libre y aprobando la intervención armada, se produjo el 1 de julio de 1898. El 3 de julio, la escuadra española, salió del puerto de Santiago de Cuba para entablar combate con la norteamericana, a sabiendas de la imposibilidad de alcanzar éxito alguno dada la disposición de la bocana, que no permitía la salida de barcos mas que de uno en uno y ante la desproporción de fuerzas de los combatientes: España, 4 cruceros y dos destructores y Estados Unidos, 4 acorazados, 2 cruceros y 1 cañonero. Los barcos norteamericanos se desplegaron en arco. Uno a uno los españoles fueron haciéndose a la mar, donde fueron cañoneados sin dificultad alguna por el enemigo, no contando ni tan siquiera con buen combustible con el que alcanzar velocidad, ni munición adecuada con la que procurarse una defensa adecuada. A la una y cuarto de la tarde el combate había finalizado con la total destrucción de la escuadra española. Los heridos más graves fueron conducidos a uno de los dos barcos hospitales que los norteamericanos tenían en la zona, el "Olivette" en el que fueron muy bien atendidos. Pocos días después fueron trasladados al "Solace" en el que por el contrario el trato dispensado fue vejatorio, contribuyendo a agravar la situación de los heridos. No obstante las penalidades del cautiverio ningún médico optó por librarse de él aun

cuando, en virtud de la protección que les dispensaba los acuerdos de Ginebra, hubieran podido hacerlo. Desde España, cuatro fueron las unidades que, transformadas en hospitales durante 1898 atravesaron el Atlántico para atender a las bajas españolas: el "Alicante" con capacidad para transportar 513 enfermos y heridos, el "Montserát" con capacidad para 500 heridos y enfermos, el "San Ignacio de Loyola", con espacio para 400 bajas y el "Isla Luzón", fletado para sustituir al "San Ignacio de Loyola".<sup>112</sup> Sin embargo ninguno de estos barcos llegó a participar en las operaciones navales, siendo atendidas las bajas españolas según ha quedado apuntado en los barcos hospitales norteamericanos.

Las nuevas armas utilizadas en los combates navales, que provocaban heridas de distintas características hasta la entonces conocidas, demostraron la falta de instalaciones adecuadas en aquellos barcos para hacer frente a las exigencias que planteaban los nuevos modos de combatir. La ubicación de las enfermerías resultaba ineficaz, pues los heridos se negaban a bajar a ellas por temor a quedar atrapados si se producía un impacto que impidiera la evacuación de unos espacios que contaban con un muy angosto acceso, proponiéndose su instalación sobre la protectora de los barcos, con escotillas o escalas amplias que facilitarían la conducción de los heridos, pues en otro caso preferían sufrir nuevas heridas a "enterrarse, imposibilitados de moverse, allá donde con plena salud y en tiempo de paz, sienten malestar hasta los que tienen la costumbre de vivir en esos antros"<sup>113</sup>

---

<sup>112</sup> Jose Miguel Torres Medina, "Los barcos hospitales en la campaña de Cuba" Revista de Historia Militar. Madrid, 1970, n° 14, pag 161

<sup>113</sup> Concas y Palau, "La escuadra del almirante Cervera", Málaga, 1992.

Es de resaltar, con respecto al siglo XIX, el nacimiento, como consecuencia de la iniciativa del filántropo Henry Dunant, sensibilizado por los horrores avistados en el campo de batalla, de la organización mundial denominada "Cruz Roja". Dicha organización se asienta en dos pilares: la fundación, en todos los países, de sociedades de socorro para prestar, en tiempos de guerra, asistencia a los heridos con la protección y el apoyo de los Gobiernos y la formulación del principio, internacional y supremo, por el cual los militares heridos y enfermos deben ser recogidos y asistidos, sin distinción de nacionalidad.

Así, el 9 de febrero de 1863 se celebró, bajo la presidencia del general Dufour, la Sociedad Ginebrina de Utilidad Pública, integrada por el propio Henry Dunant, Gustave Moynier, los médicos Théodore Maunoir y Louis Appia, que, con la participación de representantes de dieciséis países, decidió la celebración de un congreso internacional, que tuvo lugar el 26 de octubre del mismo año y en el que se adoptaron las bases sobre las que se desarrolló la organización.<sup>114</sup> El 22 de agosto de 1864, una Conferencia Diplomática en la que participaron delegados plenipotenciarios de dieciséis países redactó el "Convenio de Ginebra para mejorar la suerte que corren los militares heridos de los ejércitos de campaña", ratificado en el transcurso de los años siguientes por la casi totalidad de

---

<sup>114</sup> P.Boissier. "Histoire du CICR", pag 109. "Las resoluciones y los votos de la Conferencia de octubre de 1863 constituyen la carta fundamental de la obra de socorro a los heridos de guerra. Pertenecen a ese pequeño número de textos que han cambiado alguna cosa en el mundo. No han suprimido la guerra, pero han reducido su imperio sobre los hombres y le han arrancado víctimas innumerables. En el gran libro de la humanidad, es una pieza de descargo".

los Estados<sup>115</sup>. Se adopta como emblema garante de la protección una cruz roja sobre fondo blanco<sup>116</sup>.

Pero el Convenio Internacional de Ginebra se limita a procurar la mejora de la suerte de los militares heridos en los campos de batalla, garantizando las potencias signatarias la neutralidad de las ambulancias, hospitales de heridos y enfermos, así como la del personal a ellos afecto. Nada prevé su articulado sobre las guerras marítimas, cuyos heridos y naufragos estaban igualmente necesitados de neutralidad y protección. Tan manifiesta desigualdad preocupó prontamente a los asociados de la Cruz Roja, siendo la Comisión de Cartagena la propiciadora de la iniciativa de enviar al Comité Central español razonada propuesta en solicitud de recabar para la Marina de Guerra los beneficios que la Asociación Internacional otorgaba a los heridos de los ejércitos beligerantes en tierra, de modo que fuesen respetados los heridos en combates navales, una vez bajo la protección de la Sociedad en ambulancias, hospitales, casas particulares y embarcaciones que ostentasen pabellón blanco con cruz roja. Dicha propuesta fue tomada en consideración por la Asamblea Suprema Española en reunión de 28 de febrero de 1866.

A la Exposición Universal celebrada en París en 1867, acudieron los comités nacionales de socorro con su material sanitario, clínico, y distintos avances médico-científicos; ocasión que se aprovechó para reunirse en conferencia y

---

<sup>115</sup>Concepción Arenal. " Ensayo sobre el derecho de gentes", pag 350 "El texto del Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864 es la mayor gloria del siglo XIX y la mayor prueba de progreso moral"

<sup>116</sup> Paul des Gouttes. "Les 75 premieres annes de la Convention de Geneve", pag 403: "En resumen, el Convenio de Ginebra de 1864 puede sintetizarse en un triptico de principios fundamentales: el cuidado de los heridos y enfermos sin distinción de nacionalidad, es el objetivo, el respeto y la protección del personal y del material sanitario, es el medio; y el signo distintivo es la salvaguardia.

estudiar el proyecto de revisión del Convenio de Ginebra. Sus sesiones tuvieron lugar del 26 al 31 de agosto, firmándose el 29, la correspondiente propuesta de modificación, cuyo primer artículo establecía: "Las ambulancias, los hospitales y todo el material destinado al socorro de los heridos de tierra y mar, serán reconocidos como neutrales, y como tales, protegidos y respetados con arreglo a las leyes de la beligerancia. El personal de los hospitales y de las ambulancias de tierra y mar, comprendiendo los servicios de sanidad, de administración y de transporte, como asimismo, la asistencia religiosa, participarán de los beneficios de la neutralidad" Posteriormente, el 20 de octubre de 1868, se adicionaron al Convenio nueve artículos referentes a la Marina, quedando con ello equiparados los heridos y enfermos de tierra y mar.

La primera vez que la Cruz Roja se hace a la mar para prestar socorro fue con ocasión del levantamiento cantonal de Cartagena y del sitio a que ésta fue sometida. Así, el 13 de octubre de 1873, requerida la Cruz Roja para la prestación de personal y material sanitarios, prevista la batalla naval a librar, organizó la primera ambulancia marítima, instalada en el vapor de ruedas Buenaventura, de ciento diez toneladas, que servía de remolcador en las obras del puerto. El Buenaventura llevaba izada, junto al pabellón nacional, la bandera blanca con cruz roja.<sup>117</sup> Así pues la primera ambulancia marítima que operó en el mundo bajo el pabellón de la Cruz Roja fue española.

---

<sup>117</sup> Los socios que integraron esta ambulancia fueron: don Antonio Bonmatí, don Benigno Baeza, don José Martín Ortiz, don Juan Sánchez, don Juan Vidal, don Andrés Hernández, don José Parra, don Enrique Gómez, don Antonio Pina, don Alfonso López, don Francisco Ros Boñe, don Francisco Ros Lario, don Juan Pomares y don José Álvarez.

Con respecto a otros países se destaca la utilización, en este siglo, de navíos hospitales en la guerra de Secesión (1861-1865), como el Red River, sobre el Mississippi, en el que fueron atendidos hasta 2.947 pacientes. Por su parte en el conflicto franco-alemán de 1870-1871, se contará con el barco-hospital alemán Konigin, siendo acondicionados, por parte francesa, varios *bateaux-mouches*, para transportar heridos. En la guerra hispano-americana de 1898, prestan servicios como barcos hospitales el US Moynier, el U.S. Navy Solace, el U.S. Army "Olivette" y el SS Cróele, con 200 camas.

#### **6º) PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX: DEL DESASTRE DEL 98 A LA GUERRA CIVIL**

En 1902, Alfonso XIII es declarado mayor de edad, jurando la Constitución y comenzando un reinado de casi treinta años caracterizado por la sucesión de innumerables gobiernos con turnos de partidos y trufado de acontecimientos desestabilizadores; siendo los hechos más decisivos y de mayor proyección histórica, las intervenciones militares llevadas a cabo en Marruecos.

A la sazón fueron los problemas planteados en África durante el primer tercio del siglo los que impulsaron el rearme naval organizado a través del denominado Plan de la Escuadra Ferrandiz, aprobado en 1908 por el que se puso en marcha un programa de construcciones navales que encontró continuidad en sucesivos planes, permitiendo la entrada en servicio de nuevas unidades que en pocos años produjeron una Armada que volvió a situarse entre las más importantes del mundo. La reconstrucción naval no solo comprendió las nuevas construcciones de barcos sino también la

actualización de los arsenales y bases navales y la potenciación de la industria naval<sup>118</sup>.

El escenario en que tuvieron lugar todas las acciones militares acaecidas durante el reinado de Alfonso XIII fue el Norte de África. Dicha campaña puede dividirse en dos etapas: la primera abarca desde 1907 a 1913 y la segunda desde 1921 hasta 1927, en que quedó pacificado el territorio.

El inicio de las intervenciones tuvo lugar en Casablanca, el 30 de julio de 1907, cuando las cabilas vecinas atacaron a los obreros empleados en la construcción del puerto de dicha ciudad, provocando varios muertos. Para imponer el orden, Francia y España enviaron sendos barcos de guerra: el crucero francés "Galilee" y el cañonero español "Álvaro de Bazán" que restablecieron el orden en la ciudad.

La Marina cooperó con el Ejército durante esta campaña, que duró seis meses. En diciembre de 1909 se consideró terminada esa campaña, si bien la Marina continuó operando en cometidos de aprovisionamiento y en vigilancia para impedir el contrabando de armas. A partir de agosto de 1911 las agitaciones se fueron extendiendo por todo el Rif, dando lugar a la campaña del Kert. El 13 de febrero de 1913 se inició la marcha sobre Tetuán siendo protegido por la Armada el avance de las tropas. Una vez pacificado este territorio puede considerarse sofocada la primera etapa de levantamientos norteafricanos, que no volverán a sucederse hasta 1921.

---

<sup>118</sup> F. BORDEJE, "Vicisitudes de una política naval", Madrid, 1978. Pág. 25.



En 1921 se produjeron en la región de Melilla levantamientos de las cabilas, capitaneados por Abd el Krim. Ante ello la casi totalidad de la escuadra española se traslado hasta Melilla para defender la plaza y reforzar a las fuerzas de Regulares y del Tercio de Extranjeros de la Legión.

Tras los desastres sufridos por las tropas españolas estas se replegaron para su unificación, sopesando una operación de castigo en el corazón del Rif, con la posibilidad de efectuar un desembarco en la bahía de Alhucemas. Las operaciones terrestres duraron 23 días y las de la escuadra 26, dándose por terminada la pacificación del territorio el 17 de julio de 1927.

Durante este tiempo se abogó por la creación de una Escuela Médico-Naval y la construcción de un barco-hospital. Las experiencias vividas con ocasión de las campañas de ultramar y la estancia a bordo de los barcos hospitales norteamericanos durante las mismas, evidenciaron la necesidad de contar con estas unidades de atención a los enfermos y heridos en el mar, máxime cuando desde la firma de los Convenios de Ginebra todas las marinas importantes contaban con estas dotaciones. Muchos de los médicos de la Armada se pronunciaron a favor de su construcción, sobre todo ante los acontecimientos de Marruecos, situación ante la cual la necesidad resultaba más acuciante.<sup>119</sup> En este sentido se sugirió la adaptación del yate real "Giralda", al menos mientras durase el conflicto marroquí.

Como quiera que tales proyectos no fueran acometidos, una vez desencadenados los sucesos de Melilla, en 1909, fue

---

<sup>119</sup> A. Fernández Caro defendió tal dotación en una comunicación presentada al Congreso Militar Hispano Americano de 1883 y J. Redondo en el IX Congreso Internacional de Higiene de 1898.

preciso movilizar barcos mercantes para evacuar a los numerosos heridos habidos en estas acciones. Tales barcos fueron el "Ciudad de Mahon", el "Sevilla" y el "Menorquín", que contratados para la evacuación de heridos y enfermos fueron apoyados por el transporte "Almirante Lobo". Ninguno de estos barcos eran auténticos barcos hospitales, sino barcos dedicados a transportes de pasajeros adaptados para este objetivo. Fueron atendidos y dotados por la Cruz Roja, en virtud de distintos acuerdos alcanzados y en cumplimiento de la R.O. de 18 de marzo de 1903, por la que se aprueba el Reglamento que regula las relaciones de la Cruz Roja con las autoridades de Marina, en tiempo de guerra y en caso de accidentes en el mar que, aún casi desconocida, continua en vigor. Tal disposición es dictada en virtud de la extensión de los principios de la Convención de Ginebra a las guerras marítimas, y ante la previsión de que la Cruz Roja organizara servicios sanitarios para atender a enfermos y heridos en conflictos navales. La Real Ordenanza facultaba a la Cruz Roja a construir o adquirir pontones o barcos para transformarlos en hospitales flotantes, sin capacidad de navegar, o en verdaderos barcos hospitales, con plena disponibilidad de navegación, bajo la autorización de las autoridades de Marina, un Jefe y Oficial del Cuerpo General de la Armada y otro del Cuerpo de Sanidad de la Armada, que supervisaban el proyecto por el que el buque era transformado y controlaban el cumplimiento de las condiciones que, según el citado reglamento, debían reunir dichos barcos. Así, para garantizar la mejor asistencia se obligaba a embarcar a un médico por cada cincuenta camas, un farmacéutico y el personal necesario de enfermería, que había de ser distribuido entre las salas de Medicina y Cirugía, con quirófano y salas de aislamiento con los elementos precisos *"para la desinfección periódica y sistemática del buque y*

de las ropas y efectos de los enfermos". En cada barco hospital era obligatoria la presencia de un médico de la Armada para inspeccionar "el embarco, transporte, asistencia y desembarco de los enfermos y heridos, atendiendo solicitó sus manifestaciones y deseos y obviando con su práctica y experiencia de la navegación cualquier dificultad que pueda ocurrir en el mar" (art. 29) Además se requería a los Jefes de Sanidad de los Departamentos y Escuadra para que visitaran estos barcos con objeto de comprobar "la manera como están instalados los enfermos y heridos, el trato y asistencia que reciben y las mejoras de que sean susceptibles todos estos extremos" (art.30)<sup>120</sup>.

Tras el desastre de Annual hubo de recurrirse al envío como barco-hospital, del viejo trasatlántico "Alicante" que ya participara en la evacuación de Cuba.

Ante la posibilidad del desembarco en Alhucemas fue designada una comisión integrada por dos médicos de la Armada y un coronel de Ingenieros de la Armada a fin de proyectar un barco-hospital "en armonía con nuestras necesidades derivadas de la campaña de Marruecos y dentro de ciertas disponibilidades económicas".<sup>121</sup> El buque elegido por el Gobierno fue el España nº 4, un buque alemán dedicado al transporte de braceros chinos internado en los puertos españoles durante la guerra mundial, para el que se presentó un plan por el que, con una inversión de 1.200.000 pesetas, quedaría transformado en hospital con 253 camas, un gabinete radiológico completo, un laboratorio de análisis y bacteriología, quirófano, equipos de esterilización, salas de aislamiento, potabilizadores,

---

<sup>120</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolucion". Bazan, pag.219

<sup>121</sup> J. Maisterra y V.Cebrian Gimeno, "El barco-hospital. Transformación del España nº4" Revista de Sanidad de la Armada nº 2. Madrid, junio 1926, pag 35

trenes de lavado, peluquería, etc. Su organización quedaba integrada por el mando asumido por un Teniente Coronel Médico como Director y Comandante en Jefe, un Comandante Médico como Segundo, Subdirector y Jefe del Detall; tres comandantes médicos, Jefes de Sala; dos Capitanes al frente de los Gabinetes de Bacteriología y Radiología; tres tenientes para las guardias que se harían cargo también de las ambulancias; un capitán farmacéutico; un habilitado y un capellán. Como personal subalterno contaban con un practicante Mayor, cuatro practicantes primeros, cuatro segundos, cinco maestros enfermeros y treinta marineros enfermeros. Embarcarían también cinco auxiliares de oficina, para el servicio del hospital y marineros de oficio para cocinas, pañoles, despensas, etc. En cuanto al aspecto estrictamente naval, se establecía la necesidad de que el personal se sometiera al Director de Hospital, excepto para los cometidos técnicos de maniobra, para los cuales se sometería a un Capitán de Corbeta que haría las funciones de lo que en los barcos hospitales americanos y franceses se denominaba "Capitán de maniobra" estuviera subordinado al Director del Hospital, excepto en sus cometidos. Pero el proyecto, que fue aprobado e incluso iniciado, no culminó, paralizándose las obras y optando de nuevo por utilizar, para el desembarco, barcos mercantes acondicionados de manera rudimentaria: el "Villareal", el "Barceló" y el "Andalucía". Estos barcos actuaron sobre una zona previamente delimitada en los planes de operaciones de modo que se situaban junto a los transportes, una vez desembarcadas las fuerzas, para recibir a las bajas que habían sido evacuadas en embarcaciones menores.<sup>122</sup>

Una acción prácticamente desconocida de la Sanidad de la Armada fue la asistencia dispensada a los alemanes

---

<sup>122</sup> Ricardo Cerezo Martínez, "Armada Española, siglo XX." Madrid, 1983.

internados en Guinea Ecuatorial durante la Primera Guerra Mundial, colonia española fronteriza con Camerún, entonces perteneciente al Imperio Alemán, a la que huyeron las tropas germanas una vez vencidas por los franceses en las acciones mantenidas en el citado protectorado, el cual se vieron obligados a abandonar, adentrándose en consecuencia en territorio guineano. La situación devino crítica la tratarse de unas 17.000 personas las que acamparon en las playas guineanas en condiciones inhumanas, ante lo que las autoridades españolas ordenaron el envío de fuerzas de Infantería de Marina procedentes de los destacamentos de Larache, junto con tres médicos y seis practicantes del Cuerpo de Sanidad de la Armada y el traslado de los refugiados hasta Fernando Poo. Los europeos, que eran minoría, pues las tropas estaban formadas principalmente por africanos pertenecientes a las dotaciones coloniales alemanas y sus familias, fueron evacuados hasta la península a bordo de los vapores "Cataluña" e "Isla de Panay", enviados hasta Guinea para repatriarlos junto con el crucero "Extremadura".<sup>123</sup>

En septiembre de 1923, el Capitán General de Barcelona, Primo de Rivera, instauró la Dictadura, y en 1930, tras solicitar el apoyo expreso de todos los Capitanes Generales para continuar con su proyecto, y no obteniendo el mismo, presento su dimisión. El 12 de abril de 1931, fueron convocadas elecciones municipales, en las que triunfaron los partidos republicanos, viéndose el Rey obligado a abandonar el país y proclamándose la Segunda Republica.

Por lo que a la medicina naval se refiere es preciso referir que a la misma no le es indiferente el hecho de que

---

<sup>123</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolucion". Bazan, pag.158

durante los primeros años de este siglo fueran objeto de estudio nuevas disciplinas médicas entre las que se encontraba la bacteriología, con la enorme incidencia que sus descubrimientos provocaban en el conocimiento del nacimiento y desarrollo de muchos procesos patológicos.

Así, en 1912, todos los barcos fueron dotados con nuevo instrumental, destacando los materiales y utensilios precisos para la realización de analítica de sangre, agua, orina y muestras bacteriológicas. A fin de adaptar los conocimientos a las nuevas dotaciones se hacía necesario que los nuevos sanitarios de la Armada cursaran las disciplinas de bacteriología y radiografía. Otra especialidad introducida en estos años fue la odontología, cuya firme implantación se observa cuando el 21 de noviembre de 1902 fue declarado obligatorio el uso de cepillos de dientes para las dotaciones de todos los barcos y en 1922, el cuidado de la boca para todas las fuerzas de Marinería y de Infantería de Marina, que eran revisadas al ingreso y cada seis meses durante su permanencia en filas.

Se acometió con firmeza, en estos primeros años del siglo XX, la atención y regulación de la higiene naval, dictándose numerosas disposiciones al objeto de mejorar las condiciones de trabajo y habitabilidad de los barcos. Así en 1921 se estableció la obligación de realizar prácticas de educación física general y especialmente de natación, junto con normas higiénicas para barcos y dependencias en las que se ordenaba sobre el baldeo de cubierta, la forma de efectuarlo y su periodicidad, el lavado de coys y colchonetas, la intervención del médico en la elaboración de los diferentes menús con el control de su contenido calórico y proteínico.

También fueron renovadas las enfermerías que habían quedado obsoletas y debían ser dotadas de salas, laboratorios y otros adelantos con los que ya contaban los barcos de combate de otras marinas. Fue durante la Gran Guerra el periodo en el que se produjeron los cambios mas importantes en la asistencia sanitaria a bordo de los barcos: todos ellos contaban con una enfermería de combate perfectamente equipada y una o dos enfermerías auxiliares que podían suplir a la principal en caso de necesidad, siendo prestados en ellas los primeros auxilios a las bajas producidas en las secciones en las que se ubicaban y también en el supuesto de que aquella fuera destruida. Varios oficiales del Cuerpo General de la Armada navegaron como delegados de España durante el citado conflicto en los barcos hospitales de los países beligerantes a fin de supervisar la neutralidad, dando informes detallados sobre su funcionamiento.

#### **7º) DE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA A LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 12 DE AGOSTO DE 1949.**

Tras la represión de la revolución de octubre de 1934 en Asturias por la Marina y la intervención de esta en Sidi-Ifni, en el mismo año y ante la necesidad de contar con la Marina en cualquier acto de fuerza, los dos bandos del espectro político elaboraron sus estrategias para atraer hacia su lado a un sector militar de vital importancia. Miembros de los partidos de la izquierda comenzaron a organizar comités en barcos e instalaciones, mientras algunos jefes y oficiales fijaban posiciones en la conspiración militar contra la Republica, que ya había amagado en 1932 con el fracaso del general Sanjurjo. Por parte de los conspiradores militares se aprovechan las

maniobras de la escuadra en aguas de Canarias. No obstante y salvo casos aislados la oficialidad de la Armada no participó de forma organizada en la conspiración previa a la sublevación de 1936<sup>124</sup>.

El 18 de julio de 1936 era proclamado el Movimiento Nacional. Puede decirse, sin excesivo riesgo de equivocación, que el mismo sorprendió a los Jefes de la Armada, casi tanto como a los españoles. En cada buque o dependencia la improvisación de los sublevados fue posiblemente la causa del fracaso de la adhesión al pronunciamiento en muchos de ellos.

No obstante, el alzamiento triunfó en las bases de Ferrol, base para la actuación en el litoral Atlántico, Cádiz (San Fernando), en el golfo de su nombre, y en las bases navales auxiliares de Las Palmas y Marín, manteniéndose fieles a la Republica las de Cartagena, base para la actuación en el litoral Mediterráneo, Mahón, El Prat, San Javier, como bases auxiliares y la Jurisdicción Central de Marina en Madrid.

El objetivo de ambos bandos era asegurarse el tráfico marítimo de sus mercancías y de su comercio, a fin de garantizarse la llegada de sus suministros por mar y, en la medida de lo posible bloquear el del contrario. Su otro principal cometido consistía en apoyar las operaciones militares terrestres en las zonas costeras<sup>125</sup>.

La Marina republicana intentó utilizar como bases navales auxiliares los puertos de Tánger, Málaga y Almería. Del

---

<sup>124</sup> Giorgio Giorgerini, J.A. Guerreño y otros, "La Marina", Grupo Editoriale Fabbri, S.p.A. Milan, 1978, pag 714.

<sup>125</sup> Giorgio Giorgerini, J.A. Guerreño y otros, "La Marina", Grupo Editoriale Fabbri, S.P.A. Milán, 1978, Pág. 715.



primero de los citados hubo de salir debido a las presiones del Comité internacional sensible a las protestas de los sublevados, equivalente a reconocerles el estatus de parte combatiente.

Los nacionales por su parte utilizaron sin dificultades los puertos de Cagliari, en la isla de Cerdeña, y el fondeadero de isla Favignana, al sur de Sicilia. Ambas bases sirvieron para el cerco de rutas republicanas de abastecimiento, gracias a su estratégica situación.<sup>126</sup>

En la primera fase de la guerra la escuadra republicana, con base en Málaga y Almería, dominaba el Estrecho, llevando a cabo operaciones de bombardeo de los puertos nacionales de Cádiz, Algeciras y Ceuta y practicando un tenaz bloqueo que hacía casi imposible el paso de refuerzos procedentes de África. Por su parte la escuadra nacional, integrada por el acorazado España, el crucero Cervera y el destructor Velasco, junto con la recién formada Flotilla de Bous -flota integrada por barcos pesqueros acondicionados para el combate- dominaba el Cantábrico, apoyando la defensa de Oviedo, las operaciones del ejército en el País Vasco y ejerciendo el bloqueo de los puertos republicanos del Cantábrico. Con la toma de Irún y de San Sebastián por las tropas nacionales se corta el paso fronterizo con Francia y con ello el paso de suministros por tierra, por lo que estos quedan sometidos a su transporte por mar. Tras estos triunfos y el avance de los nacionales sobre Bilbao, el Gobierno de la República decide concentrar el grueso de su escuadra en el Cantábrico, desasistiendo el Estrecho de Gibraltar<sup>127</sup>.

---

<sup>126</sup> Giorgio Giorgerini, J.A. Guerreiro y otros, "La Marina", Grupo Editoriale Fabbri, S.p.A. Milan, 1978

<sup>127</sup> Virgilio Pérez y González de la Torre, "Marina de Guerra" Silex, Madrid, 2001.

El 17 de noviembre de 1936, en reunión celebrada en Roma entre autoridades navales italianas (el Almirante Pini y el contralmirante Gianbernardin) y alemanas (los capitanes de fragata Lange y Heye), llegaron a un acuerdo de cooperación e intervención en el conflicto interno español entre la Regia Marina y la Kriegsmarine. Un acuerdo de peso decisivo en el devenir de los acontecimientos que provocara la asfixia del tráfico marítimo gubernamental y la impotencia de su Marina. Se inicio así el acoso de las unidades submarinas alemanas e italianas a los barcos de superficie republicanos. La primera acción en este sentido fue torpedear el crucero "Miguel de Cervantes", el 22 de noviembre, por el sumergible italiano "Torricelli". El "Miguel de Cervantes", averiado, consiguió arribar a Cartagena, puerto cuyos diques hubieron de agrandarse para acometer su reparación que duró hasta 1938. Hasta un total de cincuenta y seis submarinos italianos participarían en operaciones. También las unidades de superficie, cuarenta y tres barcos de la Regia Marina operaron en diversas misiones de vigilancia y control. Todo ello revela las dificultades de los barcos republicanos para impedir y controlar el tráfico nacionalista.

A mediados de 1937, las potencias de la Sociedad de Naciones acordaron la imposición de un control de fronteras para impedir la entrada en España de tropas y material, entrada que hasta entonces se había venido produciendo de modo ininterrumpido y que, no obstante estos acuerdos, se seguiría produciendo. Entre tales acuerdos se produjo el reparto de los mares españoles en siete zonas, que serían adjudicadas tanto a las marinas de Inglaterra y Francia, como a Italia y Alemania<sup>128</sup>.

---

<sup>128</sup> Giorgio Giorgerini, J.A., obra ya citada, 1978.

Tras la caída de Barcelona, en febrero de 1939 la mayoría de los ministros de la república cruzaban la frontera de Francia. El día 7 de febrero las tropas nacionales alcanzaban la línea fronteriza. Lo que quedaba del Gobierno concibió Cartagena como el último reducto de resistencia desde el que organizar la retirada, utilizando los barcos de la escuadra. Para ello hubieron de sofocar no obstante una confusa sublevación acontecida en dicha ciudad en los primeros días de marzo y que provocó la salida de varios barcos hacia Bizerta, donde quedaron internados y de donde fueron rescatados al acabar la guerra. El 1 de abril la guerra había terminado.

La Marina republicana ejerció un predominio inicial pese a la poca fiabilidad de los oficiales que quedaron en un principio bajo mando gubernamental. Sin embargo, la creciente presencia italiana y la constante acción de vigilancia de la Regia Marina y la Kriegsmarine a favor de las fuerzas nacionales, así como la ayuda italiana cediendo incluso sus bases, le impidieron mantenerlo y evitar el del enemigo. Los republicanos carecieron casi de ayuda técnica y material de sus aliados, pues la Marina soviética carecía de los barcos y de las dotaciones adecuadas para ello y estuvieron faltos de coordinación de sus medios navales y aéreos lo que ocasionaría la pérdida del Estrecho y propiciaría el paso de tropas por el mismo en una operación decisiva de los nacionales<sup>129</sup>.

Durante este conflicto los dos bandos tuvieron operativos barcos hospitales, dependientes orgánicamente de sus respectivas flotas y dotados con personal sanitario naval.

---

<sup>129</sup> Giorgio Giorgerini, J.A. Guerreiro y otros, "La Marina", Grupo Editoriale Fabbri, S.p.A. Milán, 1978.

Operativamente dos de ellos se hallaron bajo mando terrestre: El "Marques de Comillas", bajo el mando del Capitán Bayo y el "Ciudad de Palma" a las ordenes del Jefe de Sanidad Militar de Evacuaciones.<sup>130</sup>

En la zona republicana, el primero en entrar en servicio fue el "Artabro", buque de 57 metros de eslora y 2 de calado en agua dulce, con un desplazamiento de 600 toneladas, transformado en buque hospital y que prestó servicios en Málaga. Este buque fue construido en 1932, en los astilleros de la Unión Naval de Levante con fondos del Ministerio de Instrucción Publica y estaba proyectado para servir de base a una expedición al Amazonas. Una vez disuelto el Patronato de la Expedición que lo gestionaba, en 1936, fue entregado a la Armada. A finales de julio de 1936, y ante la alarmante situación desencadenada, fue enviado a Málaga llevando a bordo el equipo quirúrgico móvil del hospital de Cartagena con el fin de prestar apoyo sanitario a las unidades que se encontraban en aquella ciudad. Fue durante aquella navegación cuando el Comandante-médico D. Francisco Pérez Cuadrado concibió la idea de transformarlo en barco-hospital con lo que se evitaría perder el equipo quirúrgico y que sus componentes fueran embarcados en los barcos de la Escuadra que carecían de ellos.

Según la propia apreciación de Pérez Cuadrado, el barco tenía "una enfermería muy bonita con seis literas, sencilla pero muy practica, una salita de operaciones bastante completa dotada de amplio y útil instrumental", siendo posible aumentar el número de camas, instalando doce en el hangar que existía en cubierta para alojar la avioneta que

---

<sup>130</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolucion". Bazan, pags 220 y 227.

iba a servir de apoyo durante la fracasada expedición al Amazonas<sup>131</sup>. El buque también se hallaba dotado con un almacén repleto de tiendas de campaña, fusiles de caza, lámparas portátiles eléctricas, algodón, vendas, esparadrapo, etc, todo ello donado por diferentes establecimientos al fin de la expedición.

El comandante Pérez Cuadrado obtuvo la autorización necesaria para convertir el "Artabro" en barco-hospital y consiguió además una amplia y rápida dotación de camas y demás pertrechos. Los costados del buque fueron pintados de blanco con las pertinentes cruces rojas y pronto comenzó su misión atendiendo heridos. El "Artabro" fue hundido en el puerto de Málaga por el Jefe de la Base momentos antes de la entrada en la ciudad de las tropas nacionales en febrero de 1937.

El otro barco-hospital republicano fue el "Marques de Comillas", un vapor de la Compañía Trasatlántica botado en Ferrol en 1927, el primero de un serie integrado por el "Magallanes" y el "Juan Sebastián Elcano". El 18 de julio de 1936 este buque se encontraba amarrado al tinglado de la Trasatlántica en Barcelona, siendo requisado en agosto del mismo año para convertirse en barco-hospital de apoyo a la expedición que al mando del capitán Bayo iba a intentar la toma de Mallorca.

En la campaña participaron 9.000 hombres que viajaron en cuatro motonaves, cuatro vapores y cuatro barcos menores con el apoyo de dos destructores, dos cañoneros, cinco remolcadores, tres submarinos, tres barcasas de desembarco, un aljibe y otras unidades que constituían una fuerza de

---

<sup>131</sup> "Del baúl de mis recuerdos", Memorias manuscritas de D. Francisco Pérez Cuadrado, comandante-médico de la Armada en zona republicana. Compañía Trasatlántica, Barcelona

desembarco de considerable importancia. La campaña fue un fracaso en lo que a operación militar respecta pero, por lo que se refiere a la actuación del barco-hospital, esta fue muy destacable teniendo en cuenta además que hubo de operar en primera línea y que fue el último en retirarse, llevando a bordo 150 heridos<sup>132</sup>.

Tras esta operación, el "Marque de Comillas" junto con sus dos gemelos fue enviado a Odessa el 1 de febrero de 1937, siendo capturado a su regreso por los nacionales, a 15 millas de San Sebastián. En consecuencia fue incorporado a la flota nacional, realizando servicios de transporte de tropas y material. Su última actuación como buque auxiliar fue convoyar el retorno de los barcos republicanos que se habían internado en Bizerta, siendo devuelto a la Compañía el 23 de septiembre de 1939.<sup>133</sup>

En la zona nacional el único barco-hospital que prestó servicios fue el "Ciudad de Palma". Su importancia fue crucial dado el enorme volumen de enfermos y heridos evacuados en los viajes que realizó entre febrero de 1938 y marzo de 1939. El "Ciudad de Palma" era una motonave de la Compañía Trasmediterránea que había sido construida en Montefalcone (Italia), en 1930. Desplazaba 2.405 toneladas. Las obras de adaptación para su nueva misión se realizaron por la Sociedad Española de Construcciones Navales de Sestao, siendo dotado de un pequeño quirófano, de 514 literas y de todos los elementos e instrumental precisos para la atención de los heridos.

---

<sup>132</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolución". Bazan, pag 171

<sup>133</sup> Carlos Llorca Baus, "La Compañía trasatlántica en las campañas de ultramar", Madrid, 1990

Su misión consistió en evacuar, desde el puerto de Santurce, a los heridos que hasta allí llegaban procedentes del frente del Ebro y de otros territorios de operaciones del norte, hasta los hospitales de retaguardia situados en los diferentes puertos de la costa. Durante la campaña se realizaron 61 evacuaciones con un total de 28.307 heridos y enfermos transportados, que tuvieron como destino a Gijón en 28 ocasiones, Vigo en 22, El Ferrol en 2 y La Coruña, Sevilla, Málaga y Santander en una ocasión.<sup>134</sup>

El "Ciudad de Palma" estaba bajo la dependencia directa del Jefe de Evacuaciones del Ejército de Tierra, aunque por razones prácticas todo el personal sanitario fuera de la Armada. Su dotación la componían tres médicos del Cuerpo de Sanidad de la Armada, uno de ellos cirujano, cuatro practicantes, un capellán, un teniente de Intendencia, un auxiliar de oficina y varios marineros con la aptitud de enfermeros. Desde el punto de vista naval el barco estaba a cargo de oficiales de la Marina Mercante, siendo también civil todo el personal necesario para la maniobra<sup>135</sup>.

Es destacable la presencia a bordo del buque de cuatro hermanas de la Caridad pues esta es la primera vez en que un grupo de mujeres forman parte de la dotación de un buque de la Armada que actuando en conflicto armado. Las Hijas de la Caridad ya habían actuado en los barcos que llevaron a cabo la evacuación de Cuba y Filipinas.

Una de las soluciones más interesantes adoptadas durante las actuaciones llevadas a cabo por este barco-hospital y que son la base del concepto de "triage" fue la

---

<sup>134</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolución". Bazan, pag 221

<sup>135</sup> Carmelo Sáenz de Cabezón y Capdet, "Organización del barco-hospital "Ciudad de Palma" Sanidad de la Armada en la Historia y en la Guerra de Liberación de España. Madrid, 1941 pag 149 y ss.

clasificación de los heridos y enfermos mediante fichas de color al objeto de facilitar su atención y evacuación, en función de las características de sus heridas y de su gravedad y la facilidad de acceso a los distintos alojamientos en relación con los movimientos que tenían que realizar en las diferentes zonas del buque<sup>136</sup>.

Interesante resultó también la intervención en la contienda de barcos hospitales italianos. Sus primeras actuaciones tuvieron por objeto la evacuación de civiles que deseaban abandonar el país. A este objeto arribó el "Tevere" a Alicante a finales de agosto de 1936, en donde recogió a 69 personas, poniendo rumbo a Ibiza en donde embarco a 22 que fueron transbordadas al buque "Sicilia" y trasladadas a Italia. Marchó después a Barcelona de donde partió en octubre de 1936 con 230 evacuados (40 italianos, 92 españoles y el resto de otras nacionalidades"<sup>137</sup>

Tras esta primera misión de evacuación, los barcos hospitales italianos en aguas españolas dedicaron su presencia a prestar apoyo sanitario al Cuerpo de Tropas Voluntario creado en diciembre de 1936 para apoyar a las fuerzas nacionales. Con este objetivo fueron alquilados los vapores de pasajeros "Helouan" "Aquilea", "Cesárea" y "Gradisca", transformados en barcos hospitales en los astilleros de Trieste, los tres primeros y el último en el de Tarento. Se hallaban bajo el mando de coroneles médicos de la Armada y contaban con personal auxiliar de la propia Armada y de la Cruz Roja italiana. El "Helouan" fue botado en 1911 y desplazaba 7.156 toneladas; el "Aquilea" en 1914

---

<sup>136</sup> Mariano Estevan Ciriquian, "La asistencia quirúrgica a bordo del barco-hospital "Ciudad de Palma" Sanidad de la Armada en la Historia y en la Guerra de Liberación de España, Madrid, 1941 pag 173 y ss.

<sup>137</sup> Franco Bargoni, "La participación naval italiana en la guerra civil española (1936-1939) Madrid, 1995. Instituto de Historia y Cultura Naval.



y desplazada 9.488 toneladas; el "Cesárea", botado en 1912 desplazada 7.785 toneladas, mientras que el "Gradisca" de 13.780 toneladas fue botado en 1913. Todos habían sido alquilados por la Marina Real en 1935 como transportes y habían tomado parte, junto con otros cuatro barcos hospitales en la campaña de Etiopía.<sup>138</sup>

Estos barcos operaron desde Nápoles donde eran conducidos los enfermos y heridos embarcados en Cádiz, puerto al que llegaban desde los diferentes frentes de batalla, a bordo de trenes-hospitales. Los enfermos y heridos atendidos y evacuados en estos barcos hospitales ascendieron a unos 15.000.

No obstante también fueron realizadas por estos barcos otras operaciones, de carácter ilegal y completamente al margen de las hasta aquí presentadas para las que si fueran debidamente utilizados. Estas otras operaciones consistieron en el uso de estas embarcaciones para conducir hasta España, de manera clandestina, tropas. Ello dió origen a numerosas protestas, nacionales e internacionales, y provocó la actuación del Comité de No Intervención que obligó a embarcar observadores a bordo de estos barcos a fin de supervisar que su intervención se desarrollara con estricto cumplimiento de los convenios internacionales. Sin embargo parece que tales controles fueron burlados con prácticas fraudulentas, tales como proporcionar a cada soldado documentación falsa y brazaletes de la Cruz Roja, convirtiendo la utilización de tales barcos hospitales en transporte de tropas, lamentablemente, en práctica habitual.

---

<sup>138</sup> Franco Bargoni, "La participación naval italiana en la guerra civil española (1936-1939) Madrid, 1995. Instituto de Historia y Cultura Naval

## **CAPITULO 2**

### **LA ORGANIZACIÓN SANITARIA: SUJETOS ACTIVOS. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL. ALGUNOS TESTIMONIOS DE GUERRA DE MÉDICOS MILITARES A BORDO. SERVICIO MÉDICO EN LOS BARCOS DE GUERRA.**

#### **1º) ORGANIZACIÓN SANITARIA: SUJETOS ACTIVOS. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL.**

Las profesiones relacionadas con la sanidad a bordo han sido ya señaladas en el capítulo anterior, realizándose a continuación un resumen o conclusión sobre las mismas, su evolución e importancia para con el desarrollo de la navegación, especialmente en los momentos más duros de esta: los conflictos armados en el mar.

##### **1.1. CUERPO DE SANIDAD:**

Como ya se indicara, aunque en las Partidas de Alfonso X y en el Libro del Consulado del Mar, del reinado de Jaime I, se hallen disposiciones de carácter higiénico respecto de los hombres de mar, no será hasta las Ordenanzas navales de Bernardo de Cabrera de 1354, en Aragón, cuando se encuentren disposiciones que obligarán al embarque de médicos y cirujanos en las galeras y en Castilla, hasta las capitulaciones de Santa Fe entre los Reyes Católicos y Colón que expresaban la facultad concedida a éste para nombrar los médicos y cirujanos que debían tomar parte en la expedición.

Durante el siglo XVI, los médicos y cirujanos que iban en las travesías expedicionarias fueron elegidos por los jefes de las naves, quienes no siempre dotaban sus barcos de efectivos médicos, aun estando establecida su necesidad en las Ordenanzas para la carrera de Indias. Por su parte las escuadras que durante este siglo tomaron parte en combates si contaban con médicos cirujanos y una organización hospitalaria, aunque esta fuera de carácter elemental.

A lo largo del siglo XVII esta organización fue degradándose y si bien, al crearse las flotas, es lo cierto que se las dotaba de protomédicos y cirujanos mayores, la realidad era que el barbero, con sus instrumentos, resultó una figura mucho más frecuente en los barcos que la del médico.

Durante el siglo XVIII, la R.O. de 13 de septiembre de 1703 excluyó a los barberos de las galeras y en 1708 se creó la plaza de cirujano mayor de la Armada Real y las Ordenanzas de Patiño de 1717 establecieron una organización de los servicios sanitarios de la Armada en la mar y en tierra. La creación del Cuerpo de Cirujanos de Marina se realizó con las Ordenanzas de 25 de mayo de 1728 en las que se estableció: una plantilla en la que se determinaba el número de cirujanos por cada buque, según el número de sus cañones; la forma de ingreso en el Cuerpo y los sueldos, según sus clases.

Para la preparación de estos facultativos se creó el Real Colegio de Cirugía en el Hospital de Marina de Cádiz. En sus estatutos establecidos por R.O. de 11 de noviembre de 1748 se fijó el número de colegiales, condiciones de ingreso, de enseñanza, exámenes, sueldos, etc. El 1 de

julio de 1766 se aprobó el Reglamento por el que se señalaba el número de cirujanos de la Armada que debía figurar al servicio de los barcos y hospitales. La R.O. de 24 de marzo de 1789, aumentó la dotación.

Por su parte los Jardines Botánicos de Cádiz y Cartagena se crearon como elemento auxiliar para la enseñanza de los futuros cirujanos que iniciaban su formación en el Colegio de Cádiz y continuaban su aprendizaje en los hospitales.

Las Ordenanzas para el Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz y para el Cuerpo de sus profesores en la Real Armada, aprobadas el 13 de noviembre de 1791, reunían en un sólo concepto las profesiones de cirujano y de médico, que hasta entonces habían permanecido absolutamente separadas, posibilidad esta de aunar la enseñanza de la medicina con la de la cirugía que encontró la férrea oposición del protomedicato.

La utilización de la palabra médico para denominar a quienes se dedican al ejercicio de la Medicina se introduce en España a comienzos del siglo XVI, siendo conocidos hasta entonces como físicos. Los médicos que ejercían al servicio de la Armada habían cursado sus estudios en alguna de las Facultades de Medicina existentes en las Universidades de la época. Las más antiguas facultades se habían creado en Castilla, en Salamanca y Valladolid y eran muy prestigiosas. También lo era la de Valencia, heredera del espíritu de la escuela de Salerno y las de Barcelona, Lérida, Huesca y Zaragoza, bajo el influjo de la escuela de Montpellier. También hubo facultad en Santiago, en Sevilla y en Granada. El número de titulados era bajo, por lo que resultaba muy dificultoso encontrar profesionales que pudieran servir en la Armada y en el Ejército.

Cada Universidad se regía por sus propios Estatutos, por lo que hubo de dictarse diversas disposiciones que fueron unificando criterios para la admisión y formación de estudiantes. La titulación académica no facultaba para el ejercicio de la medicina, a él sólo podía accederse a través de la superación de un examen ante el Tribunal del Protomedicato. Este había sido creado en 1477 por los Reyes Católicos para expedir las oportunas licencias y controlar el ejercicio de la profesión, sancionando a los que ejercieran sin la correspondiente licencia.

En las facultades medievales había solo dos cátedras, las de Prima y la de Vísperas. En la de Prima, se llevaba a cabo la lectura y comentario del Canon de Avicena, siendo conocida como "Prima de Avicena". Una vez se dispuso de traducciones mas adecuadas, las obras de Galeno y el Hábeas hippocraticum compartieron protagonismo con el Canon de Avicena -que sistematizaba la ciencia medica griega y árabe y que hasta la fecha había sido el pilar de la ciencia medica- hasta relegarlo definitivamente, con las consiguientes polémicas entre los partidarios de uno y otro sistema de enseñanza. Hacia mediados del siglo XVI fue aumentando el número de cátedras, entre las que destacaban la de Anatomía y Cirugía, iniciándose las disecciones de cadáveres, de acuerdo con los nuevos criterios defendidos por Vesalio. Igualmente comenzaron a realizarse necropsias orientadas a conocer la causa la muerte y la forma en que esta se produce<sup>139</sup>.

Muy por debajo de los médicos estaban los cirujanos, una clase profesional diferente encargada de llevar a cabo

---

<sup>139</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española. Historia y Evolución", Bazán. Madrid, 1995 pags 47 y 48

aquellas prácticas que a los primeros les estaban vedadas. A un médico graduado se le impedía realizar intervenciones quirúrgicas e incluso en determinadas facultades era preciso realizar un juramento de no operar para poder obtener el título de médico. Durante mucho tiempo la práctica de la cirugía no tuvo un carácter universitario siendo adquiridos los conocimientos de cirujano por el contacto con otros cirujanos experimentados que enseñaban a los aspirantes en unas prácticas que eran consideradas más un oficio que una ciencia. Los cirujanos no podían prescribir ningún tipo de medicamento, pues esto quedaba reservado para los médicos.

A lo largo del siglo XVI se intentó mejorar la formación de los cirujanos, creando cátedras de cirugía en algunas universidades, por indicación del propio Rey y no obstante con gran resistencia de los sectores más conservadores de la medicina. En ellas se comienza a gestar una nueva generación de cirujanos que se conocieron como "latinos"- porque recibían su formación en latín- frente a los que carecían de esta formación a los que se denominó "romancistas". Los primeros habían de pasar también por un examen del Tribunal del Protomedicato. Estas medidas de mejora de la formación de los cirujanos tuvieron sin embargo su efecto negativo pues ante el poco esfuerzo suplementario que les suponía a los cirujanos titulados adquirir la titulación de médico la mayoría optaba por la Medicina, de modo que la práctica quirúrgica volvió a quedar en manos de los "romancistas" y de los "algebristas"- expertos en la reducción de fracturas<sup>140</sup>.

---

<sup>140</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española. Historia y Evolución", Bazan. Madrid, 1995 pags 48 y 49

En el ultimo escalón sanitario se encontraba el barbero, que además del afeitado con navaja y el corte de cabello se encargaba de una serie de actividades sanitarias entre las que encontraban las de sajar y efectuar flebotomías, colocar ventosas y sanguijuelas o extraer piezas dentales. Ninguno tenía formación universitaria y su ejercicio profesional había sido regulado por una pragmática de los Reyes Católicos fechada en Segovia en 1500, en la que se establecía la obligación de superar un examen ante un tribunal formado por barberos mayores del que quedaban dispensados los que se dedicaban exclusivamente a labores de peluquería. En el ámbito naval su importancia era especialmente relevante al ser, en muchas ocasiones, los únicos profesionales con ciertos conocimientos de práctica sanitaria embarcados. También existían los "auxiliares de cirujano", para ayuda de los cirujanos en las intervenciones que realizaban, los cuales solían ser contratados por los propios cirujanos y eran considerados profesionalmente ligeramente por debajo de los barberos<sup>141</sup>.

Embarcaban también, tanto en barcos fletados para grandes travesías como en escuadras de la marina de guerra los boticarios. Estos no formaban parte directa de la estructura sanitaria pues constituían un grupo independiente bajo las órdenes de los médicos. No poseían titulación ni formación universitaria y su profesión consistía en la elaboración de remedios a partir plantas sobre conocimientos transmitidos de generación en generación y que tenían sus raíces en la medicina grecolatina, con importantes aportaciones islámicas. Su consideración social era inferior a la de médicos y cirujanos y superior a la de los barberos. Su trabajo

---

<sup>141</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española. Historia y Evolución", Bazan. Madrid, 1995 pag 50

fundamental consistía en identificar, seleccionar y clasificar las diferentes plantas medicinales para su tratamiento y preparación de las distintas presentaciones-ungüentos, aceites, pomadas, elixires, etc... , de las soluciones y remedios ordenados por el médico, contando para todo ello con la colaboración de ayudantes supervisados por un oficial mayor.

Durante el siglo XVI comenzaron las investigaciones sobre medicamentos químicos, desde las que se cuestionaban las teorías de la farmacia galénica. A bordo de los barcos, durante todo el siglo XVI y buena parte del XVII, los medicamentos administrados continuaron siendo los que tenían su base en las plantas tradicionales a las que se incorporaron algunas provenientes del Nuevo Mundo<sup>142</sup>.

La Armada como tal institución es una creación de la monarquía borbónica, la cual supuso la unificación, en 1714, de las diferentes escuadras regionales creadas a lo largo del siglo XVI para responder a las necesidades e intereses específicos a atender y defender en los distintos escenarios navales que iban surgiendo al hilo de las distintas políticas de guerras y alianzas. Sin embargo, el termino "Armada" se cita profusamente aun en tiempos anteriores a su institucionalización. En cada una de aquellas unidades orgánicas hubo un protomédico encargado de supervisar y coordinar las actividades sanitarias, un cirujano mayor y un boticario mayor, todos ellos subordinados al Administrador General cuando se constituía un hospital para atender las necesidades que pudieran plantearse en las jornadas de importancia.

---

<sup>142</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española. Historia y Evolución", Bazan. Madrid, 1995 pag 51



Los nombramientos de los médicos de la Armada, de los médicos principales del hospital embarcado y del Administrador General, eran efectuados por el Rey. Las cédulas para sus nombramientos eran del siguiente tenor:

Para el nombramiento de Administrador General: "Y mando al mayordomo del dicho hospital, protomédico, médicos, y cirujanos, capellanes, enfermeros, hospitaleros y otras personas de cualquier cualidad y condición que sean, están o estuvieren en el hospital... que os obedezcan, respeten y tengan por tal"<sup>143</sup>.

Para el nombramiento de médico: "...porque estando la partida de esa armada tan adelante y habiendo de salir en seguimientos de su viaje con tanta brevedad y siendo necesario y muy conveniente que vayan en ella médicos de las letras, suficiencia y experiencia que se requiere para mirar y curar los enfermos que en ella hubiere porque, por falta de esto y de la buena cuenta que es razón se tenga con su salud, no peligren ni mueran, he mandado que vayan en la dicha armada dos de ellos....(añadiendo a continuación el nombre de las personas elegidas) Yo el Rey"<sup>144</sup>.

Para el nombramiento de cirujano se hacía constar: "... y siendo necesario y muy conveniente que vayan en ella cirujanos de la suficiencia y experiencia que se requiere para curar los heridos que en ella hubiere...(nombre de los significados)"<sup>145</sup>.

---

<sup>143</sup> A.G.S. Contaduría del sueldo, 2º época. Leg. 287, fol 524.

<sup>144</sup> Cédula de nombramiento de médico de la Gran Armada. A.G.S. Contaduría del sueldo, 2º época. Leg. 281, fol 718

<sup>145</sup> Cédula de nombramiento de médico de la Gran Armada. A.G.S. Contaduría del sueldo, 2º época. Leg. 281, fol 166.

Para el supuesto de nombramiento de cirujano mayor se añadía: "... y siendo necesario y muy conveniente que además de los cirujanos que he mandado que vayan en ella para curar los heridos, vaya una persona del mismo arte que sea de la habilidad suficiente y experiencia que se requiere para que sea cirujano mayor de la dicha armada..."<sup>146</sup>.

El resto del personal contratado para el servicio del hospital embarcado era nombrado, a propuesta del Administrador General por el Capitán General que expedía los nombramientos con carácter individual, o colectivo si se trataba de oficios de escasa relevancia<sup>147</sup>.

La vinculación laboral de estos profesionales tenía carácter permanente cuando prestaban sus servicios dentro de la estructura orgánica de cada armada. Sin embargo, cuando embarcaban con ocasión de una determinada jornada, eran despedidos al finalizar su comisión, si bien el participar en ellas constituía un mérito preferente para ser contratado en la siguiente. Lo mismo ocurría en los hospitales que al servicio de la Armada se constituían en determinados puertos y en los que las plantillas se aumentaban o reducían en función de las necesidades.

Las Ordenanzas para el Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz y para el Cuerpo de sus profesores en la Real Armada, aprobadas el 13 de noviembre de 1791, reunían en un solo concepto las personas del médico y el cirujano. El 15 de mayo de 1792 se dispuso que a los Cirujanos de la Armada se les diese el nombre de médicos-cirujanos. Las Ordenanzas generales de la Armada de 1793, que incluyeron por primera

---

<sup>146</sup> Cedula de nombramiento de médico de la Gran Armada. A.G.S. Contaduría del sueldo, 2º época. Leg. 287, fol 71.

<sup>147</sup> A.G.S. Contaduría del sueldo, 2º época. Leg. 281, fol 506

vez a este Cuerpo en su articulado, confirmaron esta unidad. No obstante, volvieron a separarse, como ya fuera indicado, en 1796, como consecuencia de la R.O. de 14 de mayo, para que el Real Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz se denominara solamente de Cirugía. Las R.O. de 12 de marzo, 20 de abril y 5 de junio de 1799 aprobaron de nuevo la unificación del estudio de la Medicina y Cirugía, y crearon una Junta General de Gobierno de estas Facultades reunidas, cuyos estatutos se aprobaron el mismo año.

El Cuerpo de Cirujanos de la Armada había dependido, desde su creación, del Intendente del Departamento. La R.O. de 26 de mayo de 1800 hizo depender a los integrantes del Cuerpo de los capitanes generales de los Departamentos, como delegados del director general de la Armada en ellos, para que siguieran bajo la jurisdicción de las autoridades de Marina.

La R.O. de 9 de enero de 1815 resolvió que el Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz se gobernara por las reglas de sus Ordenanzas, bajo la inspección de Marina y sin que las Juntas Superiores intervinieran en los asuntos de su régimen interior. El 17 de marzo de 1823 se aprobó un Real Decreto de Cortes que establecía el Reglamento de Sanidad militar en lo referente a medicina. En el mismo año se aprobó otro para nivelar los médicos-cirujanos de la Armada a los del Ejército. El 12 de octubre de 1829 se declararon a los integrantes del Cuerpo de Médicos-Cirujanos de la Armada las mismas gracias, honores y distinciones concedidas a los del Ejército.

La R.O. de 31 de octubre de 1831 estableció la total independencia entre el Colegio de Médicos-Cirujanos de Cádiz y sus catedráticos y el Cuerpo de Médicos-Cirujanos

de la Armada. Dicho Cuerpo debía quedar al servicio de sus jefes en lo que no fuera peculiar de la parte científica de su profesión. Existiría un jefe propio, encargado de su gobierno y dirección que llevaría el título de protomédico y cirujano mayor de la Armada, las demás clases serian: ayudantes de embarco, primeros médicos-cirujanos, segundos médicos-cirujanos, colegiales o profesores que, a causa de la necesidad, tuvieran que suplir la falta de los del Cuerpo y que serian denominados Profesores habilitados y los sangradores que serían sustituidos por practicantes. Sobre estas bases se redactaría el Reglamento del Cuerpo. El Real Decreto de 16 de enero de 1836 estableció las siguientes clases de facultativos al Servicio de la Sanidad de Marina:

- Director del Cuerpo de profesores.
- Ayudantes directores.
- Primeros médicos-cirujanos.
- Segundos médicos-cirujanos.

El ingreso en el Cuerpo tendría lugar por oposición entre los profesores que tuvieran el título de médicos-cirujanos. Los ascensos serian mitad por antigüedad y mitad por elección.

El Real Decreto de 8 de enero de 1840 aprobó el Reglamento para el Cuerpo de médicos-cirujanos de la Armada. Establecía las siguientes clases con sus equivalencias:

- |                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| -Director                   | brigadier.          |
| -Ayudantes directores       | capitán de fragata. |
| -Primeros médicos-cirujanos | tenientes de navío. |
| -Segundos médicos-cirujanos | alfereces de navío. |

Los profesores que, en caso de necesidad, tuvieran que suplir la falta de los del Cuerpo tendrían el título de Profesores habilitados. En diciembre de 1844 se suprimió temporalmente el empleo de Director del Cuerpo de médicos-cirujanos y la Dirección General de la Armada asumió el mando del Cuerpo hasta el restablecimiento de esta clase.

Por Real Decreto de 7 de agosto de 1847 se reformó el Cuerpo de médicos-cirujanos de la Armada, pasó a denominársele Cuerpo de Sanidad de la Armada y se aprobó su Reglamento de funcionamiento. Según este nuevo Reglamento el Cuerpo de Sanidad de la Armada estaría formado por los siguientes profesionales y sus equivalencias militares:

-Director	brigadier.
-Vicedirectores	capitanes de navío.
-Consultores	capitanes de fragata.
-Primeros médicos	tenientes de navío.
-Segundos médicos	alfereces de navío.
-Ayudantes de medicina	alfereces de navío.

A partir de esta fecha se producen frecuentes modificaciones en la reglamentación de los Cuerpos de la Armada. Así y en relación con el Cuerpo de Sanidad, el 8 de abril de 1857 se aprueba un nuevo Reglamento por el que se decreta que el gobierno interior del Cuerpo estaría a cargo del director, propuesto por el Director General de la Armada que, como tal, sería jefe de dicho Cuerpo; los capitanes generales de los Departamentos, como sus delegados, lo serían también respecto de estos. En cada Departamento habría una Junta Facultativa. Todos los médicos del departamento se reunirían una vez al mes para discutir un caso práctico que presentarían por turno. El 2 de septiembre de 1865, un nuevo Reglamento hizo desaparecer

la figura del Director General de la Armada y el Cuerpo pasó a depender directamente del Ministro. El 4 de diciembre de 1867 se aprobó otro Reglamento por el cual se suprimió la dirección del Cuerpo y se creó en su lugar la Inspección en el Ministerio. El Inspector debía redactar el reglamento orgánico, el cual se aprobó el 17 de julio de 1869 y en el se dispusieron las siguientes clases y equivalencias:

- Inspectores            capitanes de navío de 1° clase.
- Subinspectores 1°    capitanes de navío de 2° clase.
- Subinspectores 2°    capitanes de fragata.
- Médicos mayores    tenientes de navío de 1° clase.
- Primeros médicos    tenientes de navío de 2° clase.
- Segundos médicos    alfereces de navío.

El Almirantazgo sería el jefe superior del Cuerpo y en los Departamentos y Apostaderos los capitanes y comandantes generales de ellos, como sus delegados. Desde esta fecha la Sanidad constituye una de las secciones del Almirantazgo. Con fecha 29 de septiembre de 1873 se suprime el Almirantazgo y se organiza de nuevo el Ministerio quedando la Sanidad como una de las secciones de éste, la cual será objeto de desapariciones y apariciones en las reorganizaciones posteriores, generalmente por razones de economía. La R.O. de 1 de enero de 1885 incluyó en su articulado las modificaciones que hasta la fecha se produjeran desde 1873, reglamentación ésta que, con pequeñas alteraciones, permaneció vigente hasta el Decreto de Reorganización de la Armada de 10 de junio de 1931.<sup>148</sup>

Por Decreto de 23 de abril de 1931, a los miembros de las Fuerzas Armadas se les obligo a prometer fidelidad al nuevo

---

<sup>148</sup> Colección legislativa de la Armada

régimen en el plazo de cuatro días, para lo que habían de suscribir un documento personal bajo la formula: "Prometo por mi honor servir bien y fielmente a la Republica, obedecer sus leyes y defenderla con las armas" siendo retirados aquellos a que a esto se negaran. En dicho decreto también se concedía el pase a la situación de retirado, cualquiera que fueran los años de servicio, a todo los jefes, oficiales y asimilados que lo solicitaran en el plazo de un mes, amortizando todas las vacantes producidas, con la resolución expresa de forzar el retiro sin opción a beneficio alguno del personal que todavía resultare sobrante con relación a las plantillas definitivas del Ejercito activo.<sup>149</sup>

Las reformas introducidas en el Cuerpo afectaron también a la uniformidad, la denominación de los empleos que paso a ser la misma que para el Ejército y la redefinición de las funciones atribuidas, todo ello teniendo como metas dos objetivos: la reducción de efectivos -cuyo número resultaba difícilmente asumible, por costoso - y la democratización de la institución militar. Sin embargo, una vez ajustadas las plantillas del Cuerpo de Sanidad, en 1933 fue necesario aumentarlas en 20 hombres.

Con la Ley 17/1989, de 19 de julio reguladora del Régimen del Personal Militar Profesional desaparece el Cuerpo de Sanidad de la Armada, creado 261 años antes. Su artículo 29 crea el Cuerpo Militar de Sanidad integrado en los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas. Los miembros del Cuerpo Militar de Sanidad, agrupados en Escalas superior y media, tiene como cometido la atención a la salud de los miembros de las Fuerzas Armadas en los campos logístico-operativo y asistencial. Los empleos del Cuerpo Militar de Sanidad

---

<sup>149</sup>Decreto de 23 de abril de 1931

correspondientes a los médicos son los de Teniente a General de División en la Escala Superior

Por su parte la legislación actualmente en vigor, la Ley 17/1999, de 18 de mayo, reguladora del Régimen del personal de las Fuerzas Armadas, implanta y basa sus principios y articulado en unas fuerzas armadas profesionales. La nueva Ley surge del dictamen de una Comisión Mixta, Congreso de los Diputados-Senado, constituida para establecer la formula y plazos para alcanzar la plena profesionalización de las Fuerzas Armadas, lo que conllevara la no exigencia de la prestación del servicio militar obligatorio. El referido dictamen fue aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados el 28 de mayo de 1998 y por el Pleno del Senado el 9 de junio del mismo año y en el se determinan los principios generales del nuevo modelo de Fuerzas Armadas profesionales, entre los que se recogen el número máximo de efectivos, los rasgos básicos de los compromisos, del reclutamiento y de la formación de los militares profesionales de tropa y marinería y el periodo transitorio adecuado para su implantación.

La total profesionalización de las Fuerzas Armadas, a fin de que estas sean mas flexibles, reducidas y mejor dotadas, supone un reto histórico y no solo traducible en dotarlas de soldados y marineros profesionales, sino en construir unas nuevas Fuerzas Armadas.

Lo anterior hizo necesario establecer un nuevo régimen para sus miembros, buscando el equilibrio entre la continuidad de los parámetros esenciales de la Ley 17/1989, de 19 de julio, que supuso un considerable esfuerzo de integración de la dispersa legislación de los Ejércitos y un importante



componente de renovación con respuesta a las exigencias de un modelo de Fuerzas Armadas profesionales.

La Ley 17/1999, de 18 de mayo aborda los aspectos profesionales de los militares profesionales con los objetivos de integrarles en un único concepto de militar profesional, asimilando sus regímenes en todo lo posible; lograr un mejor desarrollo profesional de todos sus miembros; estructurar un modelo de enseñanza que permita formar al personal de manera que les capacite para desempeñar con eficacia sus cometidos y definir criterios y arbitrar procedimientos que permitan identificar y potenciar el merito y la capacidad de sus integrantes.

Con esa idea de integración, el concepto de militar profesional engloba a los militares de carrera, que constituyen los cuadros de mando con una relación de servicios de carácter permanente; a los militares de complemento, que completan los anteriores con una relación de servicios de carácter exclusivamente temporal, y a los militares profesionales de tropa y marinería que, con una relación de servicios de carácter temporal, pueden transformarse en permanente cumpliendo determinados requisitos.

El artículo 11 de esta Ley, establece cuatro categorías de empleos militares: a) Oficiales Generales, b) Oficiales, c) Suboficiales, d) Tropa y Marinería. Los militares de carrera se integran en distintos Cuerpos de acuerdo con los cometidos que deban desempeñar. Dentro de cada Cuerpo, se pueden agrupar en Escala Superior de Oficiales, Escala de Oficiales y Escala de Suboficiales, según las facultades profesionales que tengan asignadas y el grado educativo exigido para la incorporación a las mismas. En cada Escala

existirán las especialidades fundamentales necesarias para desarrollar, en el nivel correspondiente, los cometidos que tenga encomendados el personal del Cuerpo al que aquella pertenezca. La adquisición de una de ellas faculta para el ejercicio profesional en un determinado campo de actividad.

En el artículo 25 designa los Cuerpos en los que se integran los militares de carrera, entre los que se encuentra el Cuerpo Militar de Sanidad, adscrito a los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas, junto con el Cuerpo Jurídico Militar, el Cuerpo Militar de Intervención y el Cuerpo de Músicas Militares.

Los miembros del Cuerpo Militar de Sanidad, se agrupan en Escala Superior de Oficiales y Escala de Oficiales, y tienen como cometidos, en el ámbito del Ministerio de Defensa y de sus organismos autónomos, la atención a la salud en los campos logístico-operativo y asistencial y los relacionados con la psicología, la farmacia y la veterinaria.

Los empleos del Cuerpo Militar de Sanidad son los de Teniente a General de División en la Escala Superior de Oficiales y los de Alférez a Teniente Coronel en la Escala de Oficiales, todos ellos con las denominaciones del empleo seguidas del termino "médico", "farmacéutico", "veterinario", "odontólogo" "psicólogo" o "enfermero", según corresponda. Las Escalas Superiores, Escalas Medias, Escalas Técnicas y Escalas Básicas, pasan a denominarse con la entrada en vigor de la citada Ley, respectivamente, Escalas Superiores de Oficiales, Escalas de Oficiales, Escalas Técnicas de Oficiales y Escalas de Suboficiales.<sup>150</sup>

---

<sup>150</sup> Artículos 25 y 41 de la Ley 17/1999 de 18 de mayo, de Régimen de Personal de las Fuerzas Armadas.

El sistema de enseñanza militar, concebido de acuerdo con los principios constitucionales y fundamento del ejercicio profesional en las Fuerzas Armadas, tiene como finalidades la formación integral y la capacitación específica del militar profesional y la permanente actualización de sus conocimientos en los ámbitos operativo, científico, técnico y de gestión de recursos. La enseñanza militar se estructura tanto en la Ley 17/1989, de 19 de julio como en la vigente de 17/1999, de 18 de mayo, en enseñanza militar de formación y enseñanza militar de perfeccionamiento.<sup>151</sup>

La enseñanza militar de formación tiene como finalidades la preparación para la incorporación a las Escalas de militares de carrera y la capacitación para el acceso a militar de complemento y a militar profesional de tropa y marinería.

La enseñanza militar de perfeccionamiento tiene como finalidad capacitar al militar profesional para el desempeño de los cometidos de empleos superiores y de las especialidades complementarias, así como ampliar o actualizar los conocimientos requeridos para el desarrollo de la profesión militar.

La enseñanza militar de formación de los Cuerpos Generales y de Infantería de Marina y de los Cuerpos de Intendencia de los Ejércitos, se impartirá en las Academias Generales reglamentariamente determinadas. La creación del Cuerpo Militar de Sanidad, en el que se integran los anteriores Cuerpos de Sanidad del Ejército de Tierra, de la Armada y del Ejército del Aire, obligaba a integrar las enseñanzas

---

<sup>151</sup> Artículo 50 y siguientes de la Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen de Personal de las Fuerzas Armadas.

militares que estos habían de recibir e impartirlas en un centro docente adecuado. La Ley 17/1989, de 19 de julio, al igual que la Ley 17/1999, de 18 de mayo, establecen que las enseñanzas de formación y de perfeccionamiento de los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas, entre los que se halla integrado el Cuerpo Militar de Sanidad, se impartirán en las Escuelas de cada Cuerpo, bien en una común a varios de ellos o bien en otros centros docentes militares.<sup>152</sup>

En su virtud, el Real Decreto 46/1992, de 24 de enero, crea la Escuela Militar de Sanidad, con las siguientes funciones:

- a) impartir la enseñanza militar de formación específica que capacite a los alumnos para el acceso a las Escalas del Cuerpo Militar de Sanidad, de acuerdo con los planes de estudios correspondientes.
- b) impartir la enseñanza militar de perfeccionamiento a los miembros del Cuerpo Militar de Sanidad.
- c) impartir enseñanzas a otros alumnos nacionales y extranjeros, civiles o militares, conforme a los acuerdos o convenios establecidos.
- d) preparar, organizar, realizar, dirigir y evaluar actividades académicas y científicas, tales como cursos, seminarios, conferencias, coloquios o trabajos de investigación relativas a la salud de los miembros de las Fuerzas Armadas en los campos logístico-operativo y asistencial.

---

<sup>152</sup> Artículo 55 de la Ley 17/1999 de 18 de mayo de Régimen de Personal de las Fuerzas Armadas.

e)mantener relaciones con Centros nacionales y extranjeros referidas a materias de interés para la Sanidad en las Fuerzas Armadas; participar en congresos y reuniones que versen sobre dichas materias; así como proponer al Secretario de Estado de Administración Militar, el establecimiento de conciertos con las Instituciones Sanitarias para complementar las enseñanzas militares de formación y perfeccionamiento.

f) evacuar informes y dictámenes y realizar estudios y trabajos sobre la atención a la salud de los miembros de las Fuerzas Armadas en los campos logístico-operativo y asistencial.<sup>153</sup>

La Escuela Militar de Sanidad se estructura básicamente en una Dirección, una Jefatura de Estudios e Investigación y en una Jefatura de Administración y Servicios.<sup>154</sup>

Por su parte la Orden 32/2003, de 25 de marzo, regula la estructura docente para la obtención de las especialidades complementarias del Cuerpo Militar de Sanidad. La Orden Ministerial 147/2002, de 27 de junio, regulaba la estructura de la Red Sanitaria Militar, creando una Red Hospitalaria de la Defensa, la cual exige que los Hospitales Militares deben tender a proporcionar una formación continuada al personal del Cuerpo Militar de Sanidad, que garantice una asistencia sanitaria de calidad a las Fuerzas Armadas en cualquier ambiente o situación.

Por otro lado, la formación como médicos o farmacéuticos especialistas de los miembros del Cuerpo Militar de Sanidad, esta integrada en la estructura de la Enseñanza

---

<sup>153</sup> Artículo 2, Real Decreto 46/1992, de 24 de enero.

<sup>154</sup> Artículo 3, Real Decreto 46/1992, de 24 de enero.

Militar de Perfeccionamiento y, para su validez legal y para poder atender a la parte asistencial de la Sanidad Militar, su obtención debe ser reconocida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo, siendo el primero el que emitirá el Título de Especialista a la finalización del proceso formativo.

En la actualidad esta enseñanza se imparte en los Hospitales Militares que tienen reconocida su capacidad docente por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y en la Red Sanitaria Nacional para las especialidades y plazas en que la Red Sanitaria Militar es deficitaria.

El Ministerio de la Presidencia, en su Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los Sistemas de Evaluación de la formación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas, fija las normas que han de regir la formación especializada de los médicos y farmacéuticos españoles y, en su disposición adicional segunda establece que esas normas pueden adaptarse en las Fuerzas Armadas a sus peculiares características.

## 1.2. CUERPO DE FARMACÉUTICOS:

Los farmacéuticos fueron tardíamente incorporados a los Cuerpos de Oficiales de la Armada en donde, a diferencia de otros Ejércitos, no llegaron a constituir un Cuerpo independiente.<sup>155</sup>

Existen documentos de los que se desprende la presencia de boticarios en las galeras, en donde existía una pequeña botica para la atención de los forzados. Era competencia

---

<sup>155</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolución", Bazan. Madrid, 1995, pag 207

del Protomédico examinar a las personas que pretendieran ejercer el oficio de boticario a bordo de estas unidades. También era el Protomédico el encargado de visitar las boticas de las galeras. Estos boticarios embarcados eran personas de formación práctica, sin una titulación específica y su nombramiento no se efectuaba por el Rey sino por el Capitán General. Su retribución era idéntica a la de los barberos embarcados al servicio del hospital de donde se deduce que su consideración se hallaba al mismo nivel.

En todas las grandes jornadas que se desarrollaron durante los siglos XVI y XVII y, sobre todo, en aquellas dotadas de un hospital a embarcado, hubo boticarios. Los boticarios que ejercían su profesión en los barcos a menudo también la ejercían en ciudades de litoral, embarcando con motivo de alguna ocasión especial, siendo no demasiado infrecuente que les comprara su propia botica. Dependiendo de la envergadura de la acción que se pretendiera llevar a cabo se designaba un boticario mayor de la Armada, como ocurrió en la Jornada de Inglaterra con Lope Ruiz de la Peña a quien el Duque de Medina-Sidonia le expidió la oportuna cedula de nombramiento en la que le encargaba como cometido principal la responsabilidad sobre todas las medicinas, vasijas e instrumentos necesarios para la fabricación de los remedios y visitar a los restantes boticarios de la Armada con facultades para que "si no los hallareis hábiles y suficientes, podáis quitar a aquellos y poner otros que sean útiles para el servicio", todo ello dando cuenta al Administrador General del Hospital, autoridad jerárquica superior de la estructura sanitaria.<sup>156</sup>

---

<sup>156</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolucion", Bazan. Madrid, 1995, pag 207

Uno de los mayores problemas surgidos con la botica embarcada en las naves era su pérdida en el supuesto de ir distribuida en una o dos embarcaciones, si era el caso que alguna se perdiera en el combate o se alejara o perdiera del resto de la escuadra. Para ello, ya a finales del siglo XVI, y según ha sido apuntado, se comenzó a repartir medicinas en todas las unidades.

Una práctica bastante habitual en estos siglos era que el boticario embarcara su propia industria y distribuyera sus medicinas cobrando por ellas según fueran presentándose las necesidades.

La creación de los primeros hospitales estables para la atención de la gente de mar tuvo, entre otras consecuencias, la dotación de los mismos con boticarios, los cuales se encargaban de la elaboración de los remedios prescritos por los médicos y cirujanos.

En las Instrucciones dictadas en 1728, consideradas según se viera como el punto de partida del Cuerpo de Sanidad de la Armada, se hace alusión a la figura del "boticario inspector" que, posteriormente ira adquiriendo mayor importancia como encargado de la fiscalización de las medicinas suministradas y embarcadas en los barcos. El boticario inspector se estableció en un principio para el Hospital de Cádiz y posteriormente fueron creadas plazas de "Inspector de medicamentos" en Ferrol y en Cartagena. Por su parte el inspector de Cádiz asumió funciones docentes en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz al objeto de enseñar la disciplina de los remedios y el modo de dispensarlos. Al efecto se dispuso que el Boticario Inspector de Medicinas debía avisar *"cuando haga la composición de los medicamentos, explicándoles los simples que entren en ella,*



*el modo de hacer la dispensación, la dosis y las virtudes, pues de esta suerte logran instruirse para cuando, siendo cirujanos, en los viajes dilatados se les acaba alguna de las composiciones (en donde no hay botica ni boticarios que las hagan) puedan ejecutarlas por sí".*<sup>157</sup> Aquí se resume el espíritu que inspiraba la nueva formación de los cirujanos, de carácter universal y a la que se había incorporado los estudios de medicina y sobre los que se preveía que tenían que estar suficientemente formados para ejercitar la labor del boticario en el supuesto en que este no estuviera presente. De esta suerte, los boticarios fueron desapareciendo poco a poco de a bordo, según se iba consolidando la figura del cirujano y sus conocimientos que incluían, según ya se apuntara, la ciencia de la Botánica, habiendo sido instalado un Jardín Botánico en las inmediaciones del Real Colegio.

En 1759 apareció la "Farmacopea de la Armada", obra cuyo uso fue declarado obligatorio, y los "Estados de Medicinas", en los que se fijaban las que era preciso embarcar en cada uno de los barcos de la Armada, en función de su porte y del número de sus hombres.

Por primera vez, y por R.O. de 5 de marzo de 1866, los farmacéuticos estuvieron reconocidos como funcionarios de las farmacias de los Hospitales, como subordinados a los médicos. Por su parte la R.O. de 26 de julio de 1895 aprobó el Reglamento de organización de este Cuerpo, como una sección del de Sanidad, con carácter militar, uniforme y divisas y una plantilla que constaba de:

-Farmacéutico mayor.

---

<sup>157</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolución", Bazan. Madrid, 1995, pag 209

-Primeros farmacéuticos.

-Segundos farmacéuticos.

Desde su constitución, el ingreso fue por sistema de oposición libre, convocadas a lo largo de los primeros años de vigencia de la disposición. El 7 de agosto de 1920 se creó el empleo de "Farmacéutico subinspector", asimilado a Capitán de Fragata, el cual desaparece en 1929, como consecuencia de las restricciones impuestas a la Armada.

Con pequeñas modificaciones en cuanto a plantilla, gratificaciones y otras, la R.O. de 1895, conservó su vigencia hasta que el Decreto de 10 de julio de 1931 declaró el Cuerpo a extinguir. El mismo fue reorganizado de nuevo a partir de 1943, formando parte del Cuerpo de Sanidad que se dividió en tres secciones: de Medicina, de Farmacia y de Sanidad.<sup>158</sup>

Como consecuencia del R.D. 1637/1990, de 20 de diciembre que establecía las normas de integración de las diferentes escalas afectadas por la Ley 17/1989 se produjo la desaparición de la Sección de Farmacia del Cuerpo de Sanidad de la Armada que quedó integrada en el nuevo Cuerpo Militar de Sanidad.

### 1.3. CUERPO DE PRACTICANTES:

El antecedente de los practicantes y enfermeros en el ámbito naval lo constituye la figura del barbero, de la cual ya se han expuesto algunas consideraciones en apartados anteriores. La presencia de los barberos esta documentada en las galeras aragonesas. Como ya se viera la consideración social de estos profesionales era bastante escasa, pero la misma se veía paliada en la medida que su

---

<sup>158</sup> Colección legislativa de la Armada

capacitación obtuviera la confianza de los hombres que habían de combatir, para los cuales suponía la figura de atención y auxilio más próxima y, en ocasiones, la única, ante la no infrecuente circunstancia de ausencia de médico y cirujano a bordo. Tal situación posibilitaba que los barberos obtuvieran compensaciones voluntarias aportadas por sus propios compañeros. Estos profesionales se encargaban, entre otros remedios, de las operaciones de cataratas, fracturas, hernias, cálculos biliares y muelas. Tales prácticas les estaban vedadas a los médicos, para los cuales se consideraban actividades vejatorias, y por ello se dispuso un sistema de licencias para estos menesteres, creándose un Tribunal de Protobarberato.

Por su parte existían también los ayudantes de cirujano o "platicantes" que les asistían en sus intervenciones y cuyo nivel de estimación era un poco mayor que el de barbero. Esto era debido a que el ejercicio profesional de los ayudantes junto a un cirujano titulado les posibilitaba acceder en su momento al examen que les convertía en cirujanos romancistas, cirujanos prácticos que no tenían titulación universitaria.

Por debajo de los barberos se hallaban los enfermeros quienes tenían encomendada la asistencia inmediata del enfermo, su aseo, la administración de jarabes, la distribución de las dietas, la preparación de la cama, etc. Los enfermeros no formaban parte de la dotación de los barcos sino del hospital embarcado para ser desplegado en tierra, en el que solía haber uno por cada una de las salas en que se dividiera y a cuyo cargo había un "ayudante de enfermero". Como superior de todos ellos se encontraba el "enfermero mayor" que se encargaba de su coordinación y

supervisión de su actuación y de los enseres y útiles necesarios para la atención de los enfermos.

Los practicantes eran aquellos colegiales de Medicina, no habilitados como segundos o terceros Profesores, que embarcaban en los barcos para hacer practicas bajo la dirección del o de los médicos-cirujanos. En las Ordenanzas generales de la Armada de 1793 ya se reconocía a los Practicantes y Sangradores embarcados.

Los sangradores debían ser examinados antes de autorizar su embarco, estaban equiparados a los oficiales de mar, tenían a su cargo la caja de medicinas y no podían ejercer en ninguna circunstancia como facultativos. Sobre ellos se hacia referencia expresa tanto en las Ordenanzas de 1791 del Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz, que en sus artículos 41 a 43 señalaban el número de sangradores, exámenes, fuero, libertad de ejercicio, como en las Ordenanzas Generales de la Armada de 1793 que en su artículo 28 de su titulo V, tratado III exponían que *"los sangradores embarcados se consideraran en la clase de Oficiales de Mar, estarán a la orden de los médicos-cirujanos en cuanto respecta a su ejercicio y en todos los ramos de asistencia a los enfermos, inclusa la preparación de medicinas menores, cuidaran el aseo y oreo de las camas, y se encargaran y responderán de la fiel entrega de las cajas de botica y de curas de primera atención, cuando se les encomiende su embarco o desembarco, y de los utensilios que se remitieren a lavadura o composición"*.

Cuando en 1831 se produjo la definitiva separación de la Armada del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, fue preciso llevar a cabo una profunda reforma y reestructuración de la asistencia sanitaria naval que afecto, entre otros a

barberos y sangradores, y así en el Reglamento del Cuerpo de médicos-cirujanos de 30 de octubre de 1831 se expresa que "en lugar de Sangradores servirán los Practicantes, como en los ejércitos en campaña". Sin embargo, seguían sirviendo los sangradores en los barcos e, incluso, llegaban a desempeñar el cargo de cirujanos cuando no se contaba con estos en la dotación.

El Reglamento del Cuerpo de médicos-cirujanos de la Armada aprobado por R.O. de 8 de enero de 1840, establece en su capítulo 13 que "los sangradores que para el servicio de los bajeles de guerra señalaba el artículo 41 del Tratado V de las Ordenanzas de 1793 se denominaran en lo sucesivo practicantes de cirugía y se embarcaran en cada buque en el número que prescriba el reglamento general de dotaciones".

En los Reglamentos posteriores del Cuerpo de médicos-cirujanos aparece siempre un capítulo dedicado a las funciones que corresponden a los practicantes, hasta que se crea su Cuerpo y se dicta su propia reglamentación; así sucede por ejemplo en el Reglamento del Cuerpo de Sanidad de la Armada de 8 de abril de 1857 en el que ya se encuentra la organización del Cuerpo de practicantes, aunque no se le denominara de este modo, y se establecían dos clases: primeros y segundos practicantes.

Por su parte la escasez de médicos-cirujanos en la Armada hace que pese a no estar dispuesto, e incluso establecerse de alguna manera su proscripción, en muchas ocasiones el practicante ejerza en un buque de guerra como médico.

El 10 de diciembre de 1878 se aprobó una R.O. por la que se reformó dicha organización y se establecieron derechos sobre una plantilla que se fijó en los siguientes empleos:

- Practicantes mayores.
- Practicantes de 1° clase.
- Practicantes de 2° clase.
- Supernumerarios.

El Real Decreto de 20 de enero de 1886 aprobó el primer Reglamento del Cuerpo de Practicantes de la Armada. Se estableció como Cuerpo militar de carácter permanente y se dividió en las siguientes categorías y clases, con sus correspondientes equivalencias:

-Subayudante de 1° clase	Contramaestre mayor de 1° clase.
-Subayudante de 2° clase	Contramaestre mayor de 2° clase.
-Primer practicante	Primer contramaestre.
-Segundo practicante	Segundo contramaestre.
-Tercer practicante	Tercer contramaestre.

En el mismo se establecía que los practicantes tenían por objeto desempeñar en los barcos, arsenales, hospitales y demás dependencias de la Marina los servicios propios de su profesión, como auxiliares del de Sanidad y bajo su dependencia y la de los jefes y oficiales del general de la Armada.<sup>159</sup> Su artículo 68 establecía: *"además de la obligación de obedecer y cumplir con rigurosa exactitud las prescripciones facultativas del médico del buque, su jefe inmediato, tanto en lo tocante a la confección y distribución de medicinas, como en el régimen y alimentación de los enfermos, celara con incansable celo la asistencia de estos por los enfermeros, tanto de día como*

---

<sup>159</sup> Artículo 1 del Reglamento de 1886, Real Decreto de 20 de enero de 1886.

*de noche, y no apartara su atención de ellos para informar al médico o darle aviso en cualquier instante de las novedades o alteraciones que observe en el enfermo, procurando, por todos los medios que estén a su alcance, aliviar su situación con una esmerada y paciente asistencia, sin tolerar por ninguna causa no disponer por si mismo otras prescripciones que las que dicte el médico del buque".* Era además el responsable del Cargo de material (art.67), de la limpieza del local destinado a enfermería y su ventilación (art. 69), de acompañar a los enfermos al hospital (art. 71), de la disciplina y el orden dentro de la enfermería (arts. 72 y 75) y de anotar en una libreta las prescripciones dispuestas por el médico para el tratamiento de los enfermos (art. 73).

El ingreso se podía efectuar para cada Departamento y siempre por el sistema de oposición, siendo para ello preciso aportar titulo académico de practicante civil o sus análogos de ministrante o cirujano menor y una certificación que acreditase tener a lo menos dos años de práctica en hospitales militares o civiles", junto a la fe de bautismo, certificado de estar en posesión de los derechos de ciudadano español, certificado de aptitud física y no ser menor de veinte años ni mayor de treinta.

El Real Decreto de 1 de diciembre de 1915 redujo las clases a:

-Practicantes mayores	Contramaestres mayores
-Primeros practicantes	Primeros contramaestres
-Segundos practicantes	Segundos contramaestres

Eran cuerpo de carácter permanente y obtenían sus nombramientos firmados por el Ministro de Marina. El Cuerpo

de Practicantes estaba dividido en tres secciones, una por cada departamento. Se les señalaba uniforme, divisas, distintivos, condiciones de ingreso, de ascenso, retiros, etc. Por tal disposición se permitía, llegada la edad del retiro, utilizar el uniforme de los médicos.

El Decreto de 10 de julio de 1931 creo los Cuerpos Auxiliares de Sanidad, en los que quedaron integrados los hasta entonces denominados practicantes, estableciendo las categorías y equivalencias de:

-Jefe	Capitán de corbeta.
-Oficiales primeros	Teniente de navío.
-Oficiales segundos	Alférez de navío.
-Oficiales terceros	Alférez de fragata.

La Ley de 6 de mayo de 1940 estableció las directrices generales para la organización de los especialistas de los Ejércitos de Tierra, Mar y Aire que fueron desarrolladas para la Armada por Decreto de 31 de julio de 1940, en el que se reorganizaba la Marinería y el cuerpo Subalterno de la Armada que tomaba el nombre de Cuerpo de Suboficiales de la Armada.<sup>160</sup>

Por Orden de 22 de diciembre de 1955 los practicantes reciben el nombre de Ayudantes Técnicos Sanitarios y por Ley de 27 de diciembre de 1956 se crea dentro del Cuerpo de Suboficiales la especialidad de "ayudantes técnicos sanitarios".

Por Ley de 11 de mayo de 1959 se creaba la Escala Auxiliar de los Servicios de Sanidad, siendo desarrollada por O.O.

---

<sup>160</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolución", Bazan. Madrid, 1995, pag. 201



703/60 de 23 de febrero de 1960 en la que se señalaba que la misma estaría constituida por personal que se halle en posesión del título de ayudante técnico sanitario siendo sus funciones las mismas que tienen atribuidas en el ámbito civil los que posean el título mencionado y aquellas otras que se deriven de su condición militar. El ingreso se efectuaba por oposición libre, incorporándose los aspirantes aprobados a la Escuela de Suboficiales como Sargentos alumnos para realizar un curso de adaptación militar, marinera y profesional de seis meses de duración.

Por Ley 19/1973 de 21 de julio fue suprimida la Escala Auxiliar de los Servicios de Sanidad de la Armada y en su lugar se creo la Escala Especial del Cuerpo de Sanidad, integrándose en ella todo el personal procedente de la extinguida Escala Auxiliar.

Esta situación se mantuvo hasta la aprobación de la Ley 17/1989 de 19 de julio, reguladora del Régimen del Personal Militar Profesional cuya disposición adicional sexta dispuso la integración en la Escala Media del nuevo Cuerpo Militar de Sanidad de la Escala Especial del Cuerpo de Sanidad de la Armada y de la Sección de Sanidad de la Escala Básica del Cuerpo de Suboficiales de la Armada, junto con la Escala de A.T.S. del Ejército de Tierra, la Escala Auxiliar de Oficiales del Cuerpo de Sanidad del Ejército del Aire y la Escala Auxiliar de Suboficiales del Cuerpo de Sanidad del Ejército del Aire. Los empleos del Cuerpo Militar de Sanidad correspondientes a los practicantes son los de Alférez a Teniente Coronel de la Escala Media. Su disposición derogatoria derogaba la Ley 19/72, de 10 de mayo por la que se organizaba el Cuerpo Auxiliar de Practicantes de Sanidad Militar.

Por Real Decreto 1637/1990, de 20 de diciembre se establecieron las Normas Reglamentarias de Integración de Escalas de las Fuerzas Armadas afectadas por la Ley 17/1989.

## **2º) TESTIMONIOS DE MÉDICOS MILITARES A BORDO.**

Entre los testimonios de médicos a bordo a los que se ha tenido acceso a continuación se procede a transcribir aquellos que, recuperados de sus diarios de a bordo, de conferencias de posterior asistencia, de publicaciones especialidades como la Revista de Marina, el Boletín de Medicina Naval o simplemente del recuerdo de esas vivencias por parte de compañeros del cuerpo o de marinos heridos en el combate y objeto de sus practicas medicas, se han considerado más relevantes.

DON FERMIN NADAL Y DON NICOLAS FARTO: cirujano el primero y ayudante el segundo, ambos del Real Colegio de Cirugía de San Fernando, participaron en la batalla de Trafalgar, el 21 de octubre de 1805, en la que murió Don Cosme Damián Churruca y Elorza que entro en combate, en alianza con la escuadra francesa, cayendo mortalmente herido frente a Trafalgar, debido a una hemorragia incontenible en un muslo ocasionada por la metralla. Se halla escrito que el oficial inglés que entró en la cámara para hacerse cargo del buque se descubrió respetuosamente ante el cuerpo del almirante y dijo "Varones tan ilustres como este no deberían estar expuestos a los resultados de un combate, sino que su vida debiera guardarse para el progreso y adelanto de la humanidad". El buque fue remolcado a Gibraltar, conservándose durante muchos años la cámara cerrada con una lápida en el frontispicio en la que se leía el nombre de

Churruca en letras de oro y si a algún visitante se le abría, se le advertía que entrase con la cabeza descubierta como si aun estuviese presente el heroico comandante.

Por su parte, los cirujanos de referencia hubieron de atender a Don Federico Gravina y Napoli, al mando del "Príncipe de Asturias", nave que en la batalla se ve desarbolada y sufre el riguroso fuego enemigo el cual provoca gran número de muertos y heridos, entre otros su capitán, a quien le alcanza en el codo izquierdo, provocándole grandes destrozos, siendo atendido en la enfermería del buque.<sup>161</sup>

DON NICASIO LANDA: participó en la campaña de la Primera Guerra de Marruecos como médico militar y hacia referencia en sus Memorias a la penuria existente tanto en los hospitales en tierra como en los flotantes. Criticó también la utilización indebida de los barcos destinados al transporte de los enfermos y heridos para otros menesteres: "los hospitales flotantes... al volver de los puertos del litoral venían casi siempre abarrotados de municiones, material de guerra y pasajes militares" y denunció el hecho de que en el "Barcelona" se hubiera llevado desde Cádiz, no solo el cureñaje del tren de batir, sino también municiones de infantería, objeto al que nunca debiera destinarse un hospital" <sup>162</sup>

DON JOSÉ LÓPEZ BERNAL: médico primero de la Armada, participó, entre otros, en el combate del Papudo. Fernández Caro recuerda su conducta en la citada batalla: "En el 25 de noviembre de 1865, estábamos en guerra con Chile, López

---

<sup>161</sup> José E. Novo López, "Evolución Histórica de la Medicina Naval", Madrid 1989, Pág. 169 y 170

<sup>162</sup> J.R. Navarro Carballo, "El Subinspector médico de Primera Doctor D. Nicasio Landa y Álvarez de Carballo", Medicina Militar, vol 46 n° 3, Pág. 358

Bernal pertenecía a la dotación de la goleta "Covadonga". Un error, una desgracia... lo que quiera... hizo que el buque cayera en poder del enemigo, no sin que antes mediara rudo combate... que solo teñido en sangre, el pabellón español se arría. Lope Bernal estaba en su puesto curando los heridos. El comandante de la corbeta chilena "Esmeralda" dió orden de trasbordar a la tripulación vencida, concediéndoles media hora para recoger lo que cada cual pudiera llevar consigo. López Bernal era pobre, no contaba con mas fortuna que su carrera; tenía en un secreto de su cómoda, dos mil duros fruto de sus economías durante aquella larga campaña, dos mil duros, que con mil afanes había reunido para realizar su matrimonio. López Bernal no dió un paso hacia su camarote, sereno e impasible, continuó en la enfermería de combate y abandonó el buque detrás del último herido; la modesta fortuna, mil curiosidades recogidas en sus viajes, sus recuerdos, sus esperanzas... todo quedo allí... Solo llevo consigo la conciencia de su deber cumplido.

Al recibir con crueldad los chilenos a los prisioneros, Bernal calmaba los ánimos y formó una escuela en donde aprendieron a leer y escribir sus marineros. Después se opuso a gozar de la libertad que le concedía Chile, por mediación de la su Universidad de Santiago y siguió con los compañeros"<sup>163</sup>

Concas, al referir el combate en su obra "El combate naval del Papudo" de 1896, dice: "No puedo seguir estas líneas dedicadas a mis compañeros, sin manifestar mi admiración, mi inmensa gratitud y los más merecidos elogios, al Médico y querido amigo López Bernal, al que, en medio del combate y entre un montón de heridos, debí una cura admirada por

---

<sup>163</sup> Boletín de Medicina Naval. Enero de 1887

cuantos facultativos he conocido, curación que solo podía hacerse en aquel momento y la que me salvo la vida y la mutilación. Lo mismo que yo, pueden decir de él, todos los heridos, pues todos salieron de a bordo con la primera cura y todos recordaran mientras vivan, al que fue modelo de serenidad en el combate y siempre notable por su saber y cariñosa abnegación"<sup>164</sup>

DON ENRIQUE CARDONA MIRET: Oficial médico de la corbeta "Maria Cristina", participó en los levantamientos que tuvieron lugar en julio de 1887 en el archipiélago de Las Carolinas. El oficial médico que se encontraba a bordo del navío cuando comenzaron los incidentes, salto a tierra voluntariamente para atender a los heridos, siendo sitiado, con el resto de la guarnición, en una pequeña trinchera, sin agua ni alimentos. Dos días estuvieron rechazando los continuos ataques cuando, a pocos metros de la posición que defendían, cayo herido uno de los atacantes. Al ver como se desangraba, Cardona salto de la trinchera y con grave riesgo de su vida, pues el fuego era muy intenso, corrió en su auxilio logrando cohibir la hemorragia con un improvisado torniquete formado por su propio cinturón y el puño de un machete. Impresionados por este gesto los kanakas concedieron una tregua para que los sitiados pudieran aprovisionarse de agua, pero al amanecer se reanudaron los combates, encontrando la muerte, en la lucha cuerpo a cuerpo contra los indígenas.<sup>165</sup>

DON JOSE DE EROSTARBE Y BUCET: Primer médico de la Armada y fundador del Boletín de Medicina Naval, participó en el combate del Callao, como primer médico a bordo de la

---

<sup>164</sup> Salvador Clavijo y Clavijo, "Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada" San Fernando, 1925, pag 307

<sup>165</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española. Historia y Evolucion", Madrid, 1995. pag 139

"Blanca". El mismo escribe en dicho Boletín, en 1878: "No fuimos allí los médicos los que menos tuvimos que sufrir ¡es tan terrible un combate a bordo! ¡Se encuentra uno tan poco dueño de si mismo, tal falta de recursos, tan imposibilitado, a veces, de hacer todo el bien que la Humanidad exige y que tan hermoso es practicar! Nada hay parecido a lo que en un buque se llama hospital de sangre, improvisado en el estrecho pañol del contramaestre o en la despensa, o bien en la enfermería, tan expuesta a las balas, como se comprobó en el combate de Abato. Solamente puede concebirlo el que lo ha visto, solo el que ha oído los ayes lastimeros de muchos que a un mismo tiempo demandan socorro y por cuyas grandes heridas se les escapa la vida, y la imposibilidad de socorrerlos, a causa de la escasez de personal para ello disponible, y esto oyendo el silbido de las balas que pasan por encima de nuestras cabezas o chocan en los costados, y penetrando en el interior del buque, derraman la muerte por doquier, y el continuo bajar y subir de la silla de conducción de heridos que a cada momento nos trae un moribundo, un lesionado mas o menos grave...; pero, en aquellos momentos, todo se olvida, el médico se posesiona verdaderamente de su sagrada misión, y al mismo tiempo que dirige palabras de ánimo y esperanza, distribuyendo el bálsamo moral con los consoladores recuerdos de la religión y de la patria; así como prodiga los auxilios físicos, acude a remediar los más graves accidentes, deja a medio curar alguno que tiene poco, para acudir al que trae mas; cohíbe hemorragias, practica precipitadas amputaciones, llena, en fin, con toda su alma su humanitario ministerio".

DON JOSE MILLAN Y DON MANUEL CHOQUET: Primer y segundo médico, respectivamente de la fragata "Resolución". Es igualmente digna de hacerse reseñar la labor de los médicos

desarrollada tras la aparición de una epidemia de escorbuto durante la travesía de regreso a España tras el combate del Callao. Es especialmente elogiable la labor de los médicos citados los cuales, junto a parte del resto de la dotación de a bordo, en medio de un temporal, con el timón roto a causa del mismo, trasbordo 200 enfermos de dicha fragata de guerra al mercante danés Peter Fordt, en un alarde de buena organización y de valor y competencia extremos.

DON EUGENIO FERNÁNDEZ Y MENÉNDEZ VALDES: Segundo médico de la Armada, participante en el conflicto del Callao a bordo del "Gravina". Este médico oficial, ante la situación totalmente adversa de un buque destrozado por un temporal, sin salvavidas, encallado y escorado a babor, resquebrajado el casco frente a las costas de la isla de Bali, ante el peligro de hundimiento inmediato, se lanzó al mar en una falúa al mando de otros hombres portando un largo calabrote hasta alcanzar tierra firme, misión en la que ya otros oficiales habían fracasado, perdiendo la vida en el intento. Las condiciones en que arribaron apenas les permitían mantenerse en pie pero consiguieron fijar la estacha a un firme de la costa y deslizándose por la misma lograron abandonar la nave sanos y salvos el resto de la tripulación. Así salvaron la vida 175 náufragos.<sup>166</sup>

DON JUAN REDONDO: Primer médico de la Armada asistió al combate de Cavite desde el navío "Isla de Cuba" y define su experiencia con estas palabras: "Aunque los americanos no habían dejado de hacer fuego, éste se hizo más vivo cuando comenzaron a dar la segunda vuelta. Reconcentrada principalmente la atención del enemigo en el Cristina pronto apareció el incendio en él. Su gente no se desanimó

---

<sup>166</sup> José E. Novo López, "Evolución histórica de la medicina naval", Madrid, 1989, Pág. 197

por eso. El cañoneo se hizo cada vez más vivo, pero al ver yo las llamas del incendio a través del humo de los cañonazos, sentí una tristeza grande. Mi barco, sin duda por su movilidad y pequeñez, media hora después de empeñado el combate, no había recibido ningún balazo de importancia. Infinidad de granadas pasaban por encima, cortando drizas y jarcias y explotando al chocar en el agua.

En el Cristina, en cambio, no tardó en aparecer un segundo incendio, aun más formidable que el primero. No se concebía como podían seguir batiéndose en un barco totalmente envuelto en llamas. Yo pude seguir con la mayor atención las peripecias de la lucha, hasta que el General trasbordó su insignia a mi barco. En el acto, el enemigo reconcentró sobre nosotros el fuego de sus cañones. De pronto, una avalancha de gente, 27 heridos, invadieron la enfermería. Ninguno me pedía que lo curase. Todos me pedían agua. El combate terminó para mí en este momento. Reconcentrada mi atención en la enfermería, no volví a darme cuenta de si disparábamos mucho o poco; de si nos movíamos o estábamos parados, ni de si se hacía bien, o se hacía mal el servicio de conducción de granadas de popa, que tenía yo también a mi cuidado. Desde aquel instante solo me ocupé de los heridos. Sus lesiones se caracterizaban por el desgarró, por el magullamiento, por el destrozo, por la brutalidad en una palabra.

Rara vez eran una sola. Generalmente eran varias. Muchas se complicaban con fracturas. Hubo un Oficial, D. Mariano Sbert, a quien le cure catorce heridas. Además, tenía quemadas las manos y la cara. Procure curar primero a los mas graves, limitándome a llenar indicaciones vitales, y a aplicarles rápidamente grandes apósitos antisépticos que absorbieran la sangre y sustrajeran la herida del contacto



del aire. Con una inyección de suero o una bebida cordial, reanimé a los que lo necesitaban. Imposible pensar en ninguna operación quirúrgica de importancia.

Ajeno por completo a cuanto pasaba fuera de la enfermería, hallábame extrayendo un enorme fragmento de granada a un contramaestre, cuando vinieron a decirme que me llamaba el General y que llevase lo necesario para curarle. En el primer instante, me quedé sin saber que hacer. Imposible dejar de acudir al llamamiento de mi General. Mi indecisión solo duro el tiempo necesario para decirle al primer médico del "Cristina", Don Antonio Siñigo, que había recibido una contusión en la cabeza cuando explotó la granada que produjo el incendio de la enfermería del barco: "Llévate lo que necesites y vete a ver al General. Dile que voy en seguida. Yo no puedo abandonar a este hombre, cuya vida se me va de entre las manos". Acabe de curar al herido lo mas pronto que pude, le puse una inyección de suero, y en estado de gran postración física y moral, lo coloqué en la cama de uno de los Oficiales y lo deje al cuidado del practicante. Inmediatamente subí a cubierta, y por primera vez me di cuenta de que había terminado el combate y de que estábamos fondeados en el arsenal. Pregunté donde estaba el General. Me dijeron que estaba en el puente, y a toda prisa me dirigí a la caseta.

Yo trate de disculpar mi tardanza, pero el General caballerosamente me tendió la mano y me dijo: "Gracias, doctor. Lo mío no es nada. Otros hay que le necesitan a usted mas que yo. Váyase en seguida al "Austria" y hágase cargo de los heridos, entre los cuales se encuentra su compañero". Sin perder un momento me embarque en un bote, y a toda fuerza de remo salí del arsenal. Cuando doble la punta de Guadalupe, me quedé asombrado. Lo que pudiéramos

llamar el campo de batalla, las aguas donde se había librado el combate, ofrecían un aspecto desolador. Cuanto alcanzaba la vista estaba lleno de trozos de madera, de fragmentos de botes, de remos, salvavidas y multitud de objetos análogos. En el fondo de este cuadro de desolación y de tristeza, aparecían el "Cristina" y el "Castilla" devorados por las llamas, cerca de ellos el "Ulloa", y a poca distancia, el "Austria".

Al aproximarse el barco, vi a su Comandante, D. Juan de la Concha, muerto después también, por desgracia, paseándose en el puente alto, puesto que había ocupado durante el combate. Llenos de impaciencia subí a bordo y me quedé desconcertado. La pulcritud y buen orden que caracteriza a nuestros barcos, había sido sustituida por un completo desorden en el arranchamiento y en la maniobra. Aún no se había extinguido el incendio producido por una granada enemiga. Mas que un barco parecía una casa en ruinas.

Sin perder un momento, embarqué en un bote dos muertos y catorce heridos, y a remolque de una lancha de vapor me disponía a llevarlos a Cañacao cuando supe que el hospital se había trasladado a San Roque. Comprendiendo su Director, D. Tomas del Valle, que no era posible mantener el hospital en el sitio en que se habían de batir las escuadras, hizo presente la conveniencia de que se trasladara a otra parte y así se efectuó. Una bandera con la cruz roja, izada en lo alto de un palo, en la playa de San Roque, indicaba claramente su existencia a amigos y adversarios.

Al reunirme con mis compañeros, una granada que explotó en la misma puerta del hospital destrozó a dos paisanos que corrían a refugiarse en él, por creerse allí más seguros que en su casa.

Hubo un momento en que las granadas llovían, materialmente, a nuestro alrededor. A los heridos de la escuadra, se unieron los del Arsenal, proporcionándonos un día de continuo trabajo. Por fin llegó la noche, y cuando rendido de fatiga me tiré sobre las tablas del suelo, para buscar en el sueño el descanso necesario, siniestros relámpagos seguidos de ruidosas detonaciones llenaron el espacio. Eran las granadas de los barcos incendiados que explotaban. Cuando estalló el "Lezo" que estaba cargado de dinamita, la explosión fue terrible. Piezas de hierro de grandes dimensiones pasaron por encima de nosotros y fueron a caer en la población donde ocasionaron nuevas víctimas. Así terminó la orgía de sangre y fuego a que nos condenó la fatalidad, el día primero de mayo"<sup>167</sup>

DON MANUEL BALLESTEROS: Segundo médico de la Armada que participó en el combate de Cavite a bordo del "Juan de Austria". Su heroicidad ha sido narrada por el propio Juan Redondo en los siguientes términos: "Al romperse el fuego estaba en el puente alto con el Comandante. Cuando el barco tuvo el primer herido bajo a la enfermería y, estando curándolo, un casco de granada le fracturó una pierna. Aún no había acabado de aplicarle un apósito el practicante, cuando le avisaron de que en el sollado de proa se desangraban dos hombres, y en un arranque de nobleza y de hidalguía, hizo que le cogieran en brazos y, de este modo, atravesó la cubierta de popa a proa, cuando el fuego era mas vivo, llegó al sollado, y olvidándose de sus propias heridas, dominando los agudos dolores que le producía la fractura de la pierna, con la ayuda del practicante,

---

<sup>167</sup> Juan Redondo. Combate naval de Cavite. Conferencia Centro Ejercito y Armada, Madrid, 4 de diciembre de 1903

contuvo la hemorragia y salvó la vida a dos valientes marineros”<sup>168</sup>

DON LORENZO AYCART: Médico mayor de la Armada, también participó en el combate de Cavite, en el que hubo que lamentar la muerte de 58 hombres y un total de 236 heridos, y en el que los restos de la escuadra fueron sumergidos en la ensenada de Bacoor. Narra su experiencia del modo siguiente: “Las cubiertas de nuestros barcos, durante el combate de Cavite, eran charcos de sangre, cortadas de trecho en trecho por lúgubres hogueras. Las víctimas de aquella lucha que por ser tan desigual podía llamarse infame, mostraban a un tiempo las heridas causadas por cascos de proyectiles y las quemaduras producidas por líquidos explosivos; las más grandes irregulares, sangrientas, descubriendo casi siempre un hueso fracturado, una articulación deshecha, o las vísceras de una cavidad orgánica; las otras pequeñas, múltiples, redondeadas, ocultando siempre el espesor de secas y profundas escaras, con manchas de singular negrura. Algunos jefes y oficiales de las escuadras francesa, alemana, inglesa y japonesa que visitaron las ambulancias de Manila a poco de llegar los heridos del combate de Cavite, pudieron ver que todos estos traían en las plantas de los pies, una costra roja, que a duras penas se desprendía con los lavados antisépticos. Y también se fijaron como era natural, en las manchas negras de que estaba salpicado el cuerpo de aquellos desventurados.”<sup>169</sup>

---

<sup>168</sup> Juan Redondo. Combate naval de Cavite. Conferencia Centro Ejercito y Armada, Madrid, 4 de diciembre de 1903

<sup>169</sup> Lorenzo Aycart, “Recuerdos e impresiones. La campaña de Filipinas”, Madrid 1900.

DON JULIO DIAZ Y NAVARRO: Segundo médico de la Armada participó en el conflicto de Santiago de Cuba, en la escuadra del Almirante Pascual Cervera y Topete, a bordo del buque "Maria Teresa". Dicha escuadra de débil poder ofensivo se caracterizaba por en el aspecto sanitario por la falta de una enfermería de combate. Solo se hallaban habilitados unos espacios muy pequeños y sin luz, ni ventilación, sin medios de acceso, debiendo hacerse el descenso de heridos por medio de un aparejo a través de una escotilla reducida y la subida por una escala vertical. Con estas características se habilitaron dos puestos de socorro principales y varios secundarios, organización sanitaria que originó múltiples dificultades. El 3 de julio, a la orden de zafarrancho de combate es abandonado Santiago de Cuba, acaeciéndose rápidamente el combate. El "Maria Teresa" recibe toda la artillería de la Escuadra americana, quedando fuera de combate: los heridos se amontonan y falta tiempo para la asistencia. El navío embarranca y ante su evidente hundimiento se produce la evacuación de la marinería, falleciendo Díaz Navarro en las tareas de salvamento.<sup>170</sup>

En relación con las condiciones de la enfermería de estos barcos relata Víctor Concas y Palau, G.M. en la escuadra Cervera: "¡La enfermería de combate! Nada más importante y grandemente horroroso que una enfermería de combate en un día de batalla. Necesite de toda mi autoridad, cuando llegué a ella, en brazos de mis portadores, para que mi voz impusiera el orden y el silencio, que en vano trataba de dominar el valiente alférez de navío D. Ramón Rodríguez Navarro, encargado allí de la conducción de municiones. Los heridos en todos los barcos, rehusaban bajar a la

---

<sup>170</sup> Salvador Clavijo y Clavijo, "Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada", San Fernando, 1925

enfermería, cuya difícil salida les aseguraba la muerte más horrorosa, caso de averías: la impresión es la de que, estando moribundo, bajen al hombre aún vivo a la tumba, donde hay un horrendo montón de muertos esperando al que llega: en el "Vizcaya", parte de los heridos hubo que instalarlos en la batería, sin más protección que el socaire de la torre, en cuyo sitio no sufrieron mucho, gracias a que las proas padecieron poco. En el "Oquendo" se instaló en su sitio, sobre la quilla, y así fue que allí quedaron algunos moribundos al inundarse de humo los bajos; y en el "Maria Teresa", se instaló en la plataforma de proa, bajo la protectora, pero en medio de las bombas de comprimir y de la conducción de municiones, gracias a lo que, y al valor de los médicos y del anteriormente citado oficial, no quedaron abajo más que cadáveres.

De todos modos es preciso que se piense en la necesidad que tanto puede influir en la moral de las dotaciones, y que, prescindiendo de toda defensa y cualquiera que sean los peligros, la enfermería de combate tenga una escotilla grande, con una escala capaz, para que por ella puedan bajarse cómodamente los heridos, y que en ella vean estos, o crean que hay, esperanza de salvación. De poderse colocar sobre la protectora en barcos protegidos, ya sea en lugar aplicado a otro objeto y desmontable en el momento, será una gran medida de efecto moral indudable, y puede asegurarse que, exceptuando en bombardeos y casos que no sean propios de combates navales, los heridos preferirán correr el riesgo de nuevas heridas, a enterrarse, imposibilitados de moverse, allá donde con plena salud y en tiempo de paz, sienten malestar hasta los que tienen la costumbre de vivir en esos antros. El "Cristóbal Colón" tenía la enfermería de combate muy bien instalada en lo que

era taller de los maquinistas en la batería y, poco más o menos, así debiera estar en todos los barcos".<sup>171</sup>

DON NICOLAS GOMEZ TORNELL: Médico segundo de la Armada. Participó en el conflicto de Santiago de Cuba a bordo del "Vizcaya". Tenía a su cargo la enfermería alta de combate, a donde fue conducido el oficial D. Luis Fajardo. La amistad que unía a ambos y la admiración que Fajardo sentía por los conocimientos profesionales de su amigo, hicieron que le solicitase con encarecimiento que la amputación a que necesariamente tenía que ser sometido, fuese ejecutada por él. Pocos instantes después, una granada que estalló en la enfermería, hirió gravemente a nuestro doctor, que no por eso dejó de seguir prestando sus servicios a los heridos en medio de la lucha. Recogidos por un bote del Iowa, a la terminación del combate, pasaron ambos oficiales a bordo de dicho buque en donde los médicos americanos condujeron a Fajardo a la enfermería para prestarle los auxilios necesarios. Gómez Tornell los siguió, y fiel a la promesa hecha, sin demostración alguna que pudiera advertir a nadie de la penetrante herida que atravesaba su brazo derecho y a falta del conocimiento del idioma, fue tomando de manos de sus compañeros de profesión, los instrumentos necesarios y se hizo dueño de la operación por aquéllos empezada. Comprendiéndolo así los médicos del buque, se retiraron para acudir en auxilio de otros muchos heridos que habían sido conducidos a bordo y cuyo estado reclamaba también cuidados especiales, dejando sólo al doctor Gómez Tornell, quien con ayuda de un practicante, también del "Vizcaya", continuó su trabajo. Los intensos dolores que en el herido brazo sentía el doctor, aumentaban con los esfuerzos necesarios a que tenían que ser sometidos, la

---

<sup>171</sup> Concas, "La Escuadra del Almirante Cervera", Madrid. Segunda Edición.

hinchazón aumentaba por momentos, las fuerzas faltaban, pero sin embargo, aquella mano casi abotargada, rasgaba con el bisturí, cortaba con la sierra y ejecutaba todos los detalles de la delicada operación con igual destreza, con el mismo aplomo con que lo hiciera en uno de sus mejores días. Cuando terminó la amputación del brazo de su amigo, los sufrimientos del suyo eran horrorosos y entonces fue cuando al presentarse a los médicos americanos pudieron estos apreciar la importancia de la herida, que hacía difícil de creer la operación que momentos antes había sido capaz de practicar.<sup>172</sup>

DON RICARDO PARADA: teniente médico provisional del crucero "Balears" que vió como los capitanes médicos D. Magín Pallares y Uge y D. Antonio Ramos Martínez desaparecieron en la noche del 5 al 6 de marzo de 1938 con 788 hombres de su dotación al ser alcanzado el crucero por los torpedos lanzados desde la escuadra republicana a 75 millas del cabo de Palos. El citado médico relató: "acudían de todas las partes del buque, apenas iluminado a veces por una linterna; en la cámara de torpedos se hacinaron todos, era humanamente imposible, en la confusión, hacer una cura metódica, se les prestó el auxilio posible con el poco material disponible. Mientras tanto, en cubierta las bajas eran agrupadas en la toldilla, en donde eran atendidas por el Capitán Pallares que se negó a abandonar a los heridos cuando se comprobó que la evacuación no era posible"<sup>173</sup>

---

<sup>172</sup> Arderius, "La escuadra española en Santiago de Cuba", Barcelona, pag 181

<sup>173</sup> Ricardo Cerezo Martínez, "Armada Española, siglo XX," Anexo XIX, Madrid 1983



### **3º) EL SERVICIO MÉDICO EN LOS BARCOS DE GUERRA.**

#### **3.1. DOTACIÓN DE PERSONAL:**

A finales del siglo XIX, y tras la aprobación del Convenio de Ginebra, fueron numerosos los estudios dedicados a la asistencia sanitaria a bordo de barcos militares, desde la conciencia de que la atención que los heridos en combate recibieran a bordo había de ser, además de la primera y más inmediata, aquella que posibilitara el éxito de la que más tarde pudiera recibir el herido, bien en el mismo buque, bien en tierra en mejores condiciones, una vez evacuado.

A tales preocupaciones dedicaron esfuerzos los médicos-jefes de las escuadras francesas, a quienes se deben importantes trabajos en esta materia, trabajos y avances muy seguidos desde España, desde donde se enviaron delegaciones para la observación de estos estudios a fin de analizar los adelantos que los mismos suponían y posibilitar su implantación en los barcos de la Armada española.

Sobre estos estudios y sus conclusiones fueron publicándose artículos en la Revista General de Marina en los años de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, traducidos por Federico Montaldo. De su contenido, un antecedente histórico que da idea de la importancia que para la Armada había adquirido la necesidad de una optima atención sanitaria a bordo de los barcos en combate, se exponen a continuación algunos apuntes.

Una de las primeras conclusiones, defendidas por los doctores Rochard y Bodet, fue la de que, pese a la

tendencia de la época a destinar a uno o más médicos a socorrer a los combatientes en los mismos lugares donde caían heridos, y pese a que ello podía ahondar en la nobleza de la profesión médica, lo cierto es que la actuación más óptima consiste en que el médico permanezca en el puesto de socorro, siendo los dos principios fundamentales que presiden la practica de una cura:

- 1- Proceder con la mayor antisepsia y asepsia que sea posible.
- 2- Proceder rápidamente.

Respecto del número de médicos que debían ser embarcados, la respuesta se deducía del número posible previsto de bajas, aproximadamente 1/5 de la dotación de un buque. Así, el número de médicos que debía embarcar en tiempo de guerra, cualquiera que fuera la denominación y configuración del buque, acorazado, guardacostas, crucero, etc., sería de: un médico en los barcos con menos de 250 hombres, dos médicos en los de 250 a 500 hombres, tres médicos en los de más de 500 hombres.

En cuanto a los enfermeros, la fórmula es que debía haber tantos al menos como médicos, los cuales tendrían un puesto de socorro, siendo el enfermero el ayudante del médico.

Una conclusión destacable de aquellos estudios fue la necesidad de contar con camilleros instruidos y ello desde la premisa de que saber recoger a un herido y ponerle en condiciones para que pueda soportar un traslado lo menos doloroso y perjudicial posible para sus heridas, no se improvisa, sino que es una práctica que necesita de un aprendizaje. Nada es más delicado que levantar y trasladar a un herido, operaciones que tanto influyen en el alivio

inmediato de la víctima y en su ulterior curación. No basta disponer para este servicio de hombres abnegados y llenos de buena voluntad; se necesitan hombres que hayan recibido una instrucción especial, única que les permitirá llenar con inteligencia su misión.

El doctor Duchateau, médico Jefe de la Armada, se expresaba así en su informe de Escuadra de 1896: "No me cansaré de repetir que la función del camillero no se improvisa, ni más ni menos que las del cargador o el torpedista; es absolutamente indispensable, so pena de convertirlos en agentes perjudiciales, que esos camilleros estén instruidos y que su papel no sea confiado a hombres tomados al azar y empleados en la tarea en el momento preciso... Este personal, reducido a sus proporciones más estrictas, exigiría de 22 a 25 hombres por acorazado, de 12 a 15 por crucero". Por su parte y según la reglamentación francesa sobre el servicio sanitario en campaña, "los médicos, los enfermeros y los camilleros, son los únicos autorizados para recoger heridos".<sup>174</sup>

Sería fácil reunir a bordo cada semana a varios camilleros, que aprenderían bajo la dirección de un médico el manejo de la camilla, la aplicación del garrote, del torniquete, de apósitos sencillos y la maniobra de levantar a un herido por uno, dos tres o cuatro camilleros. Durante los ejercicios de zafarrancho de combate ejecutarían los diferentes modos de transporte, sea en camilla, sea a cuestas, sea a brazo, en posición sentada o yacente, sea en la gotiera Auffret, sea en sillas o en otros aparatos ligeros improvisados. Estos últimos serán mucho más usados durante el combate y después que el aparato reglamentario,

---

<sup>174</sup> Federico Montaldo, "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate", Revista General de Marina, Tomo XLIV, Madrid, 1899

cualquiera que sea, cuyo empleo necesitara un número demasiado grande de hombres en los pasos de los heridos y demasiado tiempo en la evacuación de cada herido. Este modo de transporte no servirá, en efecto, más que para la conducción de los heridos muy graves, a los cuales sea indispensable la posición yacente.<sup>175</sup>

### 3.2. PUESTOS DE SOCORRO:

Según los estudios de la Marina francesa, por la época aquellos en los que se miraba la española, los puestos de socorro previstos en los barcos de combate eran insuficientes. Estaban dispuestos muy sumariamente y en vez de tratarse de puestos situados en sitios con buena ventilación, espaciosos, de fácil acceso y defendidos cuanto fuera posible de los proyectiles enemigos, se trataba de locales pequeños, mal aireados y así descritos por Rochard y Bodet: "Cuanto a los puestos para los heridos, todo es desemejante en cada buque, aunque se estudien entre sí los de apariencia más análoga. Un sólo detalle los aproxima y une casi a todos: su insuficiencia, su estrechez, la defectuosidad increíble de sus disposiciones infinitamente variadas y las dificultades que hay para llegar a ellos".<sup>176</sup>

Fue encomendado un estudio por el Ministro de Marina a una comisión especial que no opuso objeciones a las condiciones de los puestos de socorro de a bordo de modo que el paso de heridos en los barcos fue haciéndose cada vez más difícil, por las pequeñas dimensiones de las escotillas y el puesto

---

<sup>175</sup> Federico Montaldo, "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate", Revista General de Marina, Madrid, mayo de 1899

<sup>176</sup> Doctor Rochard, "Traite d'hygiene, de medicine et de chirurgie navales", Paris, 1896 Archives de medicine navale

fue también cada vez mas insuficiente. Ante tales circunstancias fue planteado nuevamente el asunto hasta que finalmente un despacho ministerial de 26 de julio de 1884 ordenó que fuera al tiempo de armar un buque cuando se estudiaran los medios de levantar un herido y conducirlo al puesto de socorro, ejecutándose en todos los barcos las obras necesarias para asegurar este servicio, haciéndolas examinar por la comisión receptora del buque, a la cual se agregaría el médico jefe del mismo. La necesidad de prever un puesto y trayectos para la conducción de los heridos desde que se empezase la construcción de un buque quedaba definitivamente claro. "No es cuando el buque está ya armado -decía el doctor Morin- cuando debe encargarse al Comandante que busque, de acuerdo con el médico, cual de los rincones dejados libres o menos ocupados podrá ser destinado a puesto de socorro para los heridos".<sup>177</sup>

Además del puesto principal para heridos que debía de estar situado al abrigo de proyectiles y suficientemente ventilado, con buena luz y lo más cerca posible de las escotillas por las que hayan de pasar los heridos y al que serán llevados los más graves, resulta indispensable establecer uno o mas puntos bien protegidos para que sirvan de puestos secundarios, proveyéndolos de algunas colchonetas y del cofre de combate o de armario fijo en el que se acopien los medicamentos y las curas apropiados para el fin que se trata de satisfacer.

Los despachos del Consejo Superior de Sanidad, referentes al funcionamiento a bordo del servicio de los heridos durante el combate, fueron siendo cada vez mas sensibles a las necesidades que el transporte y la atención de estos

---

<sup>177</sup> Federico Montaldo, "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate" , Revista General de Marina, Madrid, abril de 1899

precisaban. Así fueron adoptándose circulares destinadas a que los puestos para heridos fueran instalados en los lugares mejor protegidos del buque, con dimensiones suficientes, gran ventilación, buena luz, agua en abundancia, mucho desahogo, comodidad para el acceso y un tubo acústico de comunicación con el Comandante. Las escotillas de descenso, respetando en lo posible su aspecto militar, debían corresponderse entre sí y no tener menos de 1,90 cm por 0,80 cm de dimensiones. Resulta inadmisibile que un puesto de socorro estuviese situado en las regiones más vulnerables de un buque. En los barcos debe haber tantos puestos de socorro como médicos a bordo y nunca más, los puestos previstos serán principales y secundarios, todos ellos suficientemente protegidos.<sup>178</sup>

El doctor Rochard, reproducido por Saurel, afirmaba que para asegurar el servicio de los puestos y trayectos de heridos eran indispensables tres condiciones:

1.-Un camino expedito y medios cómodos para transportar los heridos.

2.-Sitio suficiente para practicar las operaciones urgentes y las primeras curas.

3.-Local bastante espacioso para extender las colchonetas que habrán de recibirlos luego.

Así un puesto de socorro para satisfacer las principales necesidades, debía comprender:

1.-Un local de espera, al cual irían llegando los heridos.

---

<sup>178</sup> Federico Montaldo, "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate", Revista General de Marina, Madrid, abril de 1899

2.-Un local para curaciones que pudiera contener dos camas, el material sanitario, el deposito del agua y de medidas suficientes para que el médico y ayudantes se puedan desenvolver con comodidad. Las dos camas o mesas son necesarias si se quiere evitar que el médico pierda un tiempo precioso en la limpieza de la mesa única, levantando a un herido y reemplazándolo por otro. Es necesario que el médico, al terminar con un herido pueda, de inmediato, hacerse cargo de otro.

3.-Un local de evacuación para recibir a los heridos curados.

Este número de locales no se conservaría vacante en tiempo de paz, durante el cual serían destinados a otros usos.<sup>179</sup>

### 3.3. PASO DE LOS HERIDOS:

Los heridos pueden caer en cualquier lugar de un buque en combate: en los palos, en las baterías no protegidas, en las torres y hasta en las partes protegidas; por otro lado los puestos de socorros, dos como mínimo, exigen que se prevea la conducción en todas las direcciones.

Verticales de arriba abajo: para bajarlos de las cofas y desde los diferentes planos al puesto, si este se halla establecido en los fondos.

Verticales de abajo arriba: para sacar al herido de las torres o para subirlo de las partes profundas, si el puesto para heridos se halla en alto.

Horizontales: de un punto a otro en la misma batería.

---

<sup>179</sup> L. Saurel, "Tratado de cirugía naval", Paris, 1861.

Oblicuos: en ciertos casos especiales relacionados con las transmisiones verticales.

Los pasos por otra parte pueden hallarse en muy diversas condiciones:

- unos al aire libre, en dirección vertical u oblicua (bajada de las cofas);
- otros por huecos rectangulares, cuyos lados tienen siempre más tendencia a estrecharse que a ensancharse, siempre más cortos que la estatura humana y que con frecuencia dan paso a cuerpos pesados y robustos (escotillas diversas);
- por último los consistentes en curvas, recodos, callejones estrechos y terminando en orificios ovalados de difícil acceso (puertas, agujeros...)

Tal dificultad en los pasos de heridos sólo puede verse solucionada, las más de las veces, a través de los medios de transporte de los heridos, si bien, como sucediera con los puestos de heridos, la solución más óptima debiera partir de su previsión y diseño desde la construcción del buque.<sup>180</sup>

#### 3.4. MEDIOS DE TRANSPORTE DE HERIDOS:

En el momento de estos estudios los métodos para transportar heridos en cualquier dirección se calificaban en dos categorías, según el herido fuera acostado o sentado.

---

<sup>180</sup> Federico Montaldo, "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate", Revista General de Marina, Madrid, marzo de 1895.



3.4.1.- Medios de transporte en los cuales el herido iba acostado: Considerada la posición más natural y recomendable, pues siempre resulta preferible tender a un herido que sentarle, y es por ende la posición quirúrgica, los medios utilizados como prioritarios, siempre que lo permitieran los pasos eran:

3.4.1.1.-Las camillas parihuelas: el primero de los medios de transporte del hombre herido o enfermo. Por lo demás sólo son aptas para transportar a los heridos en transmisión horizontal. Debe caracterizarse por su solidez y ligereza.

3.4.1.2.-La hamaca o coi: fue el medio adoptado en toda la Marina para cama de la dotación por lo que su primer aspecto positivo era que existían tantas como hombres embarcados. La primera adaptación de la hamaca como medio de transporte fue la realizada por el médico Gourrier, quien en la Escuadra al mando del Contraalmirante Dompierre d'Ornoy, a bordo del Savoie, en 1868, tuvo la idea de añadir a las hamacas unas abrazaderas para las piernas y los brazos y de enfilear a los heridos así sujetos para hacerles franquear los orificios estrechos. En 1875, el doctor Marechal trató de transformarlo en bastidor hamaca. El mayor defecto de la hamaca es la falta de rigidez, pues presenta un 0,30m. de curva, aumentada por el peso del cuerpo y por ello se le añadieron dos varales de madera ligera, de 7 a 8 cm. de grueso, a lo largo de la longitud total de la tela, pasándolos por vainas laterales. El herido acostado en esta hamaca quedaba fijo en ella por los anillos de la misma, unidos de dos en dos, o a punto salteado, en conclusión, transformación de la hamaca en hamaca litera. La hamaca fue un medio

altamente cuestionado por muchos y también muy defendido por otros. Por otra parte sólo era generalizable para el transporte horizontal o en dirección oblicua sobre tiras metálicas, porque los tirantes en este caso sostenían al herido sin molestarle en exceso, y el herido se transportaba sobre un plano y no sobre un punto. Las conclusiones finales sobre este medio de transporte de heridos se resumieron considerando que la hamaca era un medio de fortuna que debía conservarse siempre y tenerlo disponible a bordo de los barcos de guerra, pero bajo ningún motivo podía ser mirado como medio fundamental reglamentario y someter a él la construcción de los pasos franqueables para heridos. Lo primero a considerar, por tanto, es la disposición de pasos suficientes a prever durante la construcción del buque, lo que por otra parte comenzó a incluirse en las Órdenes del Consejo de Obras.<sup>181</sup>

3.4.2.-Medios de transporte en los cuales el herido va sentado o inclinado: imprescindibles para los supuestos en que los pasos no permitieran el traslado en decúbito dorsal:

3.4.2.1.-El principal medio por el que los heridos eran trasladados desde 1861 cuando no era posible hacerlo de modo horizontal era mediante el sillón, consistente en un asiento rígido, un respaldo y una prolongación con charnelas a la que podía darse todas las inclinaciones, incluso la horizontal, para apoyar las piernas.

---

<sup>181</sup> Federico Montaldo, "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate" , Revista General de Marina, Madrid, marzo de 1895.

3.4.2.2.-La gotiera de Bonnet, una transformación de la hamaca, mediante la reducción al mínimo del esqueleta metálico, el borde y el tallo de sostén. Se dejaba un hueco para las piernas, que se servían mutuamente de fanones en caso de fractura y se acentuaba la abertura que servía de base a las nalgas, para que pudieran entrar los isquiones en el agujero, asegurándose la contraextensión y evitándose el deslizamiento. Para la posición vertical se procuro un asiento cóncavo de atrás a adelante, convexo transversalmente.

3.4.2.3.-Para el supuesto del traslado de heridos desde las cofas se emplearon medios como el descenso ferrocarril, tirabuzón, cadena, ascensores de plataforma, etc...<sup>182</sup>

### 3.5. EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HERIDOS:

Una vez se crea posible un encuentro marítimo, los médicos deberán inmediatamente ponerse manos a la obra para instalar el servicio de heridos durante el combate. Ello comprenderá un conjunto de preparativos que exigirán mucho tiempo por la multitud de cuestiones a tener en cuenta y su complejidad. Lo primero a realizar por el médico será reunir a todo el personal a sus órdenes y distribuir los cometidos.

Varios camilleros deberán despejar y limpiar los puestos de combate, prepararán los pasos para los heridos y los medios de transporte, y colocarán las colchonetas en los puntos

---

<sup>182</sup> Federico Montaldo, "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate" , Revista General de Marina, Madrid, junio de 1895

previstos para la evacuación de los heridos curados. También ayudarán a la instalación y disposición con orden y método del material médico, de los medicamentos y del instrumental de los puestos de socorro. Se encargarán igualmente del aprovisionamiento de agua.

El médico jefe hará las últimas recomendaciones al personal, visitará los trayectos, se asegurará de que los aparatos y medios de transporte maniobren bien y finalmente dará cuenta al Comandante de que el servicio está dispuesto para funcionar.

A los combatientes les estará absolutamente prohibido prestar asistencia, cualquiera que esta sea, a los heridos. Los camilleros serán los únicos facultados para auxiliar heridos y transportarlos a los puestos de socorro. En cada puesto habrá por lo menos un médico, un enfermero y dos camilleros.

En las cofas militares y en las torres cerradas los primeros socorros se prestarán por los tiradores y artilleros que hayan practicado los ejercicios de camilleros.

Los camilleros estarán encargados de manejar los heridos, de desnudarles y de presentar las heridas al médico. Hecha la cura, el herido será trasladado por los mismos camilleros a sitio idóneo. Rochard y Bodet mantenían la opinión de que: "cualesquiera que fueran las dificultades extremas, los obstáculos de todo genero que creen a la práctica medica las condiciones inherentes a los combates marítimos, es de toda necesidad que el levantamiento de los heridos se asegure y funcione durante la acción..."

Sin embargo, pocos años después se convino que el levantamiento de los heridos durante la acción es imposible, o cuando menos sometido a numerosos peligros que lo hacen proscribible, y que debe realizarse durante los intervalos de lucha o una vez terminado el combate. El doctor Delirle, médico principal de la Armada francesa, manifestaba: "En el combate del Yalu se quiso transportar al sollado a todos los heridos, según iban cayendo; pero no pudo hacerse en muchos barcos hasta después del primer encuentro, para no exponer a las granadas a los heridos y a sus conductores. Durante lo fuerte de la acción, hubieron de contentarse con depositar a los heridos cerca del sitio en que caían al abrigo de un palo o de una torre, de manera que no pudieran molestar a sus camaradas combatientes."<sup>183</sup>

Solo los camilleros titulares quedaban al servicio exterior de los heridos. Su misión consistía en ponerles lo más abrigados posible de la acción del enemigo. Les procuraban una postura cómoda y les cohibían las hemorragias por medio de garrotes, torniquetes y vendas. Se abstendían de practicar curas, limitándose a cubrir las heridas demasiado grandes, graves y peligrosas que pudieran provocar la aprensión y desmoralización de los compañeros. Sólo ayudarían a los heridos que necesitaran un punto de apoyo para bajar escalas.

Los únicos heridos que verían los médicos durante la acción serían los que se presentasen por sí mismos en los puestos de socorro.

Terminada la lucha volverán al servicio médico los camilleros auxiliares que durante el combate se hallaran en

---

<sup>183</sup> Archives de Medecine Navale (Junio 1895)

sus puestos de guerra, y todos los medios de transporte pasarán a sus manos para levantar y evacuar heridos.

El combate puede haberse terminado o bien haber sido sólo suspendido. En este segundo caso y ante una próxima reanudación del mismo habrá de procederse con mucha rapidez. Todo se dirigirá a levantar pronto y a evacuar a los heridos.

Los médicos en los puestos de socorro, a medida que llegaban heridos, los dividían en dos categorías: los que necesitaban cuidados inmediatos y los que podían esperar. Los hombres cuya gravedad hacía presagiar una muerte próxima, recibían una inyección de morfina para calmar el dolor y quedaban instalados lo mas cómodamente posible pero no eran objeto de más cuidados.

A medida que iban practicándose las curas los heridos eran evacuados y acostados en colchonetas en locales vecinos a los puestos de socorro.

Terminado el combate se practicaban las operaciones de absoluta e inaplazable urgencia, todo ello teniendo en cuenta la posible evacuación inmediata de los heridos, ante la existencia de un puerto cercano, o por transbordo a un barco-hospital, o por el contrario la necesidad de permanecer a bordo.<sup>184</sup>

Desde el punto de vista médico y de atención a los heridos en combate, resulta interesante resaltar el estudio de la batalla naval de Jutlandia, por tratarse tal combate del mayor encuentro naval que registra la historia de la guerra

---

<sup>184</sup> Federico Montaldo, "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate" , Revista General de Marina, Madrid, octubre de 1899

marítima de todos los tiempos, considerando el conjunto de fuerzas y medios que en ella intervinieron. Dicha batalla tuvo lugar durante la tarde del 31 de mayo de 1916 a la madrugada del siguiente 1 de junio, entre el grueso de las fuerzas navales del Reino Unido de la Gran Bretaña y las del II Reich alemán. Se desarrolló en un área muy amplia, a unas 90 o 100 millas de la costa de la península de Jutlandia, por cuyo nombre es conocida por los ingleses, en tanto que los alemanes la denominan Skagerrak, al estar el paraje de referencia en el amplio paso de ese nombre, que separa Noruega de la citada península.

La desproporción entre las fuerzas de las dos potencias combatientes en la mayor acción naval de todos los siglos, era evidente. La "Hochsee Flotte" sumaba alrededor de 600.000 toneladas, frente a más de 1.000.000 de toneladas de la "Grand Flotte". Esta comprendía 150 barcos de combate en tanto que la primera estaba compuesta por 117 unidades. Por otra parte la dotación de la "Gran Flotte" sumaba 60.000 hombres en tanto que la alemana estaba compuesta de 45.000. La ventaja alemana radicaba en su mejor protección, pues sus cruceros de batalla iban provistos de un blindaje superior en extensión y en espesor. Así, la serie Lion tenía un espesor de blindaje máximo de 229 mm frente a 305 de la Derflinger, la serie equivalente germánica. Los más potentes barcos de línea británicos, de la serie Queen Elizabeth, no tenían más de 330 mm de blindaje, mientras que el de las series alemanas König y Kaiser era de 356mm en el costado. En general el peso de la protección en los barcos alemanes superaba de 1500 a 2000 toneladas al de sus homólogos ingleses.<sup>185</sup>

---

<sup>185</sup> José María Martínez-Hidalgo y Terán y otros, "Enciclopedia General del Mar", Barcelona 1987

En cuanto a las bajas, los ingleses tuvieron 6784 muertos y heridos y los alemanes 3039. El número de muertos con respecto al número de heridos fue muy superior, pereciendo muchos de ellos ahogados. En este sentido, en las batallas navales acaecidas en barcos de acero se produce mayor número de bajas de ahogados frente a lo que ocurría en tiempos de barcos de madera, los cuales resistían antes de hundirse un castigo de fuego comparativamente mayor que los de acero. Entre la dotación de las fuerzas inglesas fallecieron 3301 hombres ahogados por el hundimiento de tres cruceros de combate y se calcula que el número total de ahogados ascendió a 5.553.<sup>186</sup>

En el buque Lion, que participó en este combate del lado de las fuerza británicas, hubo 95 muertos y 51 heridos. Sus dos puestos de socorro principales se emplearon preferentemente para puestos de los médicos, estación de camilleros, depósitos de instrumental y material de curas y medicinas dividido en partes iguales entre los dos.

Se procuraron otros puestos de socorro secundarios con el mismo objeto. El puesto de proa, bien protegido, era de difícil acceso y su capacidad no superaba más de una docena de heridos. Durante el combate sólo aquellos hombres heridos que pudieron trasladarse por su pie fueron a él. El de popa por el contrario era de acceso fácil pero de tamaño tan pequeño que finalmente sólo pudo emplearse como deposito de material. Durante el combate la parte correspondiente a cámaras y camarotes, protegida, se utilizó también para recibir los casos de camilla, que eran colocados en los cuartos de baño y mesas de comedor. Los heridos, como principio general, no eran transportados más

---

<sup>186</sup> José Rueda, "El combate de Jutlandia desde el punto de vista médico", Revista General de Marina, Tomo CXII, Madrid, marzo 1933



lejos de lo absolutamente necesario, y por este procedimiento se cree que los casos de shock se redujeron de modo considerable. Los heridos de las torres y departamentos aislados solamente fueron trasladados durante las interrupciones del combate o después del mismo. La única parte de alojamiento que había sido preparada para recibir heridos se convirtió en inhabitable por el humo y gases al final del combate. En este buque la mayor parte de las bajas se produjeron en la primera media hora. Un pequeño número de ellas fue evacuado al puesto de proa y la mayor parte a los alojamientos de jefes y oficiales. Durante la primera interrupción del combate los oficiales médicos comprobaron, en una visita de inspección, que la mayor parte de los heridos habían sido curados provisionalmente. En la flota inglesa, las lecciones impartidas por los médicos a las dotaciones de los barcos antes del combate hizo posible que aquellas estuvieran familiarizadas con los primeros socorros a los heridos, demostrándose buenos resultados en su práctica cuando el personal médico resulta insuficiente por su número, necesariamente reducido, por sus posibles bajas y por las especialísimas condiciones de los barcos para la atención a los heridos.<sup>187</sup>

El combate se reanudó tres veces durante la noche y en los intervalos, todos los heridos fueron trasladados. A las siete y media del 1 de junio de 1916 se dio orden de trasladar a los heridos arriba, se limpiaron, secaron y ventilaron las cámaras del Almirante y Comandante, el cuarto de baño del Comandante fue habilitado como sala de operaciones y a las ocho y cuarenta y cinco se comenzó a atender a los heridos. En total fueron intervenidos 51

---

<sup>187</sup> José Rueda, "El combate de Jutlandia desde el punto de vista médico", Revista General de Marina, Tomo CXII, Madrid, marzo 1933

casos, 28 con anestesia general. Solamente se practicaron operaciones de urgencia.

En el "Barhan, la mayor parte de la organización médica se vio perturbada desde el principio del combate debido a que la enfermería de combate de proa, que era la principal, y el depósito de material adyacente fueron destruidos por un proyectil. En este buque los depósitos más importantes de material de cura e instrumental fueron igualmente destruidos e inutilizados al mismo tiempo de ocurrir las bajas. Después de los efectos inmediatos de esta explosión se encontró que todas las luces estaban inutilizadas en este compartimiento. Por otra parte el agua entraba procedente de tuberías rotas y pronto el compartimiento de enfermería se inundó. Los heridos fueron trasladados tan rápidamente como fue posible, pero con muchas dificultades, porque además la única escala utilizable había sido averiada por la explosión, a una enfermería provisional que fue necesario instalar en el taller y pañol de ingenieros. En esta enfermería fueron atendidos muchos casos de quemaduras graves producidas por la combustión de cordita y en ella fueron atendidos los heridos hasta que, una vez terminado el combate y ya sin peligro, pudieron ser trasladados a otra parte del buque menos protegida.<sup>188</sup>

En el "Varrior", también fue destruida la enfermería de combate de popa, salvándose el médico de manera casual.

Por su parte, en el "Tigre" un depósito de distribución de material sanitario también fue destruido y el personal de Sanidad de este buque tuvo cerca del 50% de bajas.

---

<sup>188</sup> José Rueda, "El combate de Jutlandia desde el punto de vista médico", Revista General de Marina, Tomo CXII, Madrid, marzo 1933

Todos estos incidentes fueron recogidos por el General Médico Jefe de los Servicios de Sanidad de la Armada americana en su Memoria de 1919, para recomendar una serie de medidas derivadas de las conclusiones extraídas de los mismos, entre otras, que los depósitos de material sanitario y quirúrgico han de ser múltiples y estar situados en lugares de fácil acceso.

Hasta la tarde del 1 de junio no se tocó "seguridad" y, entonces, en todos los barcos los heridos fueron trasladados en el número posible a las enfermerías ordinarias hasta la llegada a la base del día 2, en que fueron trasladados a barcos hospitales u hospitales de tierra.<sup>189</sup>

CONCLUSIONES: Durante la segunda mitad del siglo XIX surge, en todos los países de potencial marítimo, una sensibilidad hacia el socorro de los heridos y naufragos a bordo de las embarcaciones militares en conflicto que se plasma en una serie numerosa de estudios, informes, conferencias, etc, de aquellos a quienes se halla encomendada tal misión. Tales trabajos se dirigen principalmente a la consecución de mejoras en la prestación de los socorros y la atención médica a bordo y tienen como esencial finalidad servir de referencia para la adopción de nuevas normas en las que se plasmen las conclusiones de estos análisis y en las que se prevean, a través de su articulado, las soluciones que la empírica ha demostrado como más óptimas a los facultativos de los barcos de guerra. En este sentido destacaron principalmente las obras de los médicos navales franceses, entre otros, el doctor Bodet, "Estudio higiénico del Hoche", Paris, 1892, el

---

<sup>189</sup> José Rueda, "El combate de Jutlandia desde el punto de vista médico", Revista General de Marina, Tomo CXII, Madrid, marzo 1933

doctor Bonnet, "Terapéutica de las enfermedades articulares", J.B.Bailliere, 1853, doctor Forget, "Medicina Naval", París, 1892, L. Saurel, "Tratado de Cirugía Naval, París 1861 etc., de todos ellos destacó principalmente el doctor Rochard, cuyas "Lecciones sobre el servicio general de la flota, París, 1861 fueron traducidas en su integridad por el primer médico de la Armada, Federico Montaldo, comisionado en París para elaborar un informe sobre tales estudios que fue elevado al Ministro de Marina en fecha 26 de julio de 1898, y posteriormente publicado en la Revista General de Marina, tomo XLIV, de 1899. Destacaron también durante estos años los trabajos de los doctores alemanes Onimus, "Del servicio de camilleros en la Marina alemana" y Wenzel, "10º Congreso médico internacional, celebrado en Berlín, 1890" y el italiano doctor Pozzy, "Informe de la 5º conferencia", Roma 1892.

El seguimiento de todos estos estudios e informes elaborados en el ámbito internacional por los responsables de la sanidad naval en España, colaboró a formar criterios y planteamientos de actuación desde los referentes de otros países, conformando así una política de la sanidad marítima militar acorde con las conclusiones de otras marinas de incuestionable referencia, si bien su resultado práctico se vio cercenado por los acontecimientos de finales de siglo que supusieron el abatimiento de la fuerza naval española.

Durante muchos años la estructura y los procedimientos de actuación a bordo de las embarcaciones militares respondían y se fraguaban desde las experiencias surgidas durante el último conflicto bélico.

No obstante, durante el siglo pasado siguieron acometiéndose estudios para la mejora de la atención de

heridos y náufragos a bordo de barcos de combate, estudios cada vez más basados en los enormes avances tecnológicos acaecidos durante el mismo, si bien el desarrollo de la sanidad embarcada no se acompasó al de la sanidad hospitalaria, quedando algo relegada.

Una constante de estos avances y de los nuevos planteamientos de la sanidad a bordo de los barcos ha sido el carácter absolutamente asistencial que ha ido marcando la actuación del médico, abandonando las labores logísticas que hasta entonces habían sido consideradas prioritarias para los facultativos que participaban en la contienda.

Tras la Guerra Civil, se acometió un plan de modernización de la flota con la firma de los acuerdos suscritos con los Estados Unidos de América, lo que supuso una profunda renovación de los barcos militares españoles. Las enfermerías de las unidades llegadas del otro lado del Atlántico, estaban modernamente dotadas y contaban con un elevado componente sanitario.

Fueron elaborados por varios oficiales médicos diversos trabajos y publicaciones sobre los métodos y practicas sanitarias a bordo, destacando entre ellos, el "Manual de Sanidad de la Fuerza Anfibia Operativa", el "Manual sanitario para barcos de guerra sin personal sanitario", publicado por el Estado Mayor de la Armada, el "Libro de enfermería del Juan Sebastián de Elcano" y el más destacado hasta la fecha, el "Manual de Logística Sanitaria" del Teniente Médico D. Manuel Vives Soto, que publicado bajo la tutela de la Dirección General de Sanidad de la Armada, pretende abarcar las funciones orgánicas y operativas de la sanidad embarcada.

Igualmente fue traducida y publicada bajo el patrocinio de la Dirección de Sanidad de la Armada la "Guide d'Hygiene et de salubrite a bord des navires" de Vicent B. Lamoureux, una vez cedidos los derechos por la O.M.S. y publicada con el titulo "Higiene y Sanidad a bordo" por la Editorial Naval en 1986.

Resulta necesario citar también, dentro de esta exposición de trabajos realizados sobre la atención sanitaria de a bordo en los últimos tiempos, el "Manual de Medicina Naval" elaborado por los Servicios Médicos de la Royal Navy e incluido en las publicaciones de la OTAN y traducido al español por el General Parra Blanco.

La obra más reciente en la materia son los "Principios y protocolos sobre cuidados de urgencia en campaña" fruto de los estudios realizados por el correspondiente Grupo de Trabajo del EUROMED entre 1981 y 1989 en el que estuvieron integrados médicos militares, siendo el autor de la versión española el Coronel Médico D. Diego Begara Mesa.<sup>190</sup>

Las innovaciones más importantes respecto de la asistencia sanitaria a bordo, se impusieron por la participación en las operaciones navales del Golfo Pérsico, en 1991, que obligó a incrementar el equipamiento sanitario de las unidades que intervinieron en ellas. Además de embarcar médicos y ATS en todos los barcos, se prepararon los denominados EMSVA, equipos médicos de soporte vital avanzado, en los que se incluía el material necesario para el tratamiento de las posibles bajas, junto con un cargo de medicamentos reforzado. Para facilitar el conocimiento y utilización de estos equipos se organizaron en la

---

<sup>190</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval española. Historia y Evolución", Bazan , Madrid, 1995

Policlínica Naval de Madrid tres cursos sobre "Soporte Vital Avanzado" en el que participaron todos los oficiales cuyo embarque estaba previsto.

Las nuevas construcciones de barcos realizadas por E.N. Bazan desde los años 70, incluyen enormes mejoras en la habitabilidad de los compartimientos destinados a los servicios de sanidad. La embarcación más destacable en este sentido es el buque de apoyo logístico al grupo de combate, "Patiño", el cual incorpora una amplia zona sanitaria dotada de quirófano, con sala de lavado y esterilización, sala de hospitalización, laboratorio, equipo de radiodiagnóstico, servicio de estomatología, sala de curas y zona de hospitalización con once camas.

Por su parte las dotaciones sanitarias del portaviones "Príncipe de Asturias", dotado igualmente de quirófano y asistido con dos médicos, tres sanitarios, un cirujano y un anestesista, así como las enfermerías de las nuevas fragatas, constituyen las dotaciones sanitarias de la Armada de nuestros días.<sup>191</sup>

---

<sup>191</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval española. Historia y Evolucion", Bazan , Madrid, 1995

## **CAPITULO 3**

### **LAS EMBARCACIONES DE SALVAMENTO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS**

#### **1. LOS ORÍGENES DEL SALVAMENTO MARÍTIMO**

Surgen las sociedades de salvamento en el mar como respuesta a la sensibilización social provocada por los múltiples y desgraciados naufragios acaecidos en las costas y aguas territoriales de países cuyo difícil litoral produce la pérdida de innumerables vidas.

Es Gran Bretaña y sus islas, la nación que debe ser considerada la patria de las primeras asociaciones dispuestas a hacer algo para salvar a las víctimas del mar. Sus costas contribuyeron, sin duda, a hacerla pionera en buscar soluciones para paliar, en la medida de lo posible, el enorme número de bajas que arrojaban los naufragios que en ellas se producían. Sus hombres no podían permanecer impasibles ante la multitud de catástrofes que tenían lugar en su litoral. El que tuvo lugar en South Shields, en marzo de 1789, resultó el desencadenante de la primera organización surgida para la prestación de auxilio en el mar. En aquel mes el velero "Adventure" encalló en medio del temporal ante la mirada de los miembros del Club local "The Gentlemen of Lawe House" y de todo el pueblo, que vieron impotentes y horrorizados como morían todos y cada uno de los tripulantes de la embarcación. La honda impresión que este hecho causó entre los miembros del Club hizo que sin dilación decidieran organizar un concurso



público dotado de un premio suficientemente interesante para diseñar una embarcación capaz de aproximarse, incluso en duras condiciones, a un buque en apuros y auxiliar a su tripulación poniéndola a salvo. La embarcación, un bote de 9 metros de eslora propulsada por seis pares de remos y dotada de dos proas, que aseguraba su flotabilidad con cajones rellenos de corcho situados bajo las bancadas y unas defensas del mismo material instaladas a lo largo de sus bandas, fue botada en 1790 y prestó servicios durante cuarenta años, salvando cientos de vidas.

No obstante ser este acontecimiento el que supuso la implantación y utilización de una primera embarcación de salvamento existieron otros antecedentes dispersos en cuanto a organización de sistemas de rescate de náufragos y así consta en archivos municipales de la ciudad de Liverpool, en los que obran documentos fechados en 1777 que instruyen acerca de un bote que debía servir para auxiliar a náufragos. Asimismo un manuscrito de Bamburgh, en Nothumberland, datado en 1771, describe una asociación benéfica "Crewe Trust", cuyo administrador, el archidiácono de Nothumberland, convocaba a un afamado constructor a acometer la construcción de una lancha insumergible que sirviera al fin de socorrer a los tripulantes de barcos en dificultades.

Otras regiones fueron sumándose a la configuración de agrupaciones dedicadas a la ayuda de embarcaciones y hombres en el mar, poniendo al servicio de tales auxilios lanchas y demás medios, así como valientes y avezados marineros, que de modo voluntario, prestaban impagables servicios de socorro en las condiciones más difíciles.

De entre todas estas organizaciones es posiblemente la que se instaló en la isla de Man, en 1802, y fundada por William Hillary, la antecesora de la que tiempo después pasaría a denominarse la "Royal and National Lifeboat Institution", fundada el 4 de marzo de 1824 y que en 1852 aglutinaba a todas las organizaciones de salvamento de Gran Bretaña, unidas en este nuevo organismo nacional que basó su actividad en la caridad pública y en el apoyo que la Corona pudiera prestarle.

En el Reino Unido han sido Sus Majestades los Reyes los que, desde Jorge IV hasta Isabel II, han ostentado el título de "patrones" de la Institución. Asimismo el cargo recayó siempre en personas allegadas a la Familia Real, desde el conde de Liverpool, que lo ocupó en 1824 hasta el duque de Kent, que lo ostenta desde 1969.<sup>192</sup>

La institución gozó desde el principio de un enorme prestigio, lo que propició que consiguiera gran número de donativos y legados de todo el país. El lema de la RNLI, "God help our men at sea" -Dios ayude a nuestros hombres en la mar- contribuyó a que sus ciudadanos considerasen sus aportaciones una cuestión moral. En 1872 la institución británica contaba con 800 estaciones costeras habiendo salvado en sus primeros veinte años de vida, a unas 16.000 personas. En 1893, la Institución gestionaba un total de 293 lanchas salvavidas.<sup>193</sup>

Por su parte las costas francesas de la Bretaña y Normandía no carecían de escollos y peligros. Por ello también

---

<sup>192</sup> Ángel Luis Díaz del Río Martínez, "La XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos", Madrid, 1987

<sup>193</sup> Juan Carlos Arbex, "Salvamento en la mar" pags 37-40, Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante.

Francia acometió la respuesta a la necesidad de aportar socorros marítimos.

La primera tentativa de creación de una organización cuyo fin fuera el auxilio a náufragos en los siniestros marítimos se desarrolló en París, en 1835. Dicha organización se denominó "Societe Centrale des Naufragues", pero su andadura se vio muy pronto truncada. En 1841, y también en París, surgieron nuevas sociedades de salvamento que igualmente fracasaron por falta de socios.

El esquema comenzó a arraigar a través de pequeñas agrupaciones locales, entre las que destaca la fundada en 1850 por un grupo de marinos denominada "Societe Humaine et des Naufragues de Boulogne", todas las cuales contaban con lanchas salvavidas y actuaban de forma independiente.

El impulso definitivo llegaría en 1860, de manos del gobierno francés que hizo suyo el proyecto de salvamento marítimo, a través de la constitución de una sociedad privada sostenida con subvenciones estatales. Así el 12 de febrero de 1865, quedó instituida la "Societe Centrale de Sauvetage des Naufragues" bajo la presidencia del almirante Rigault de Genouilly. No obstante, la "Societe Centrale de Sauvetage des Naufragues" no alcanzó el desarrollo de la RNLI. Aun así contaba en 1882 con 62 estaciones provistas de botes salvavidas y 391 puntos de la costa equipados con lanzacabos. Hasta esta fecha y desde su constitución se habían salvado 2.000 personas de 531 accidentes.

Algo más tarde, en 1873, se creó en Francia la "Societe des Hospitaliers Sauveteurs Bretons", en principio concebida como mutualidad para aportaciones a familiares de fallecidos en actos de salvamento y cuyo objetivo desembocó

posteriormente en la prestación de auxilio en las playas. Sin embargo, ambas sociedades se estancaron en su desarrollo a causa de la escasez de medios materiales. Por ello, cuando en 1901, en la costa de la Camargue se produjo el varamiento de un buque arrastrado por un temporal y se puso de manifiesto la penuria vergonzante de los medios, la opinión pública exigió que las operaciones de salvamento fueran asumidas por el propio Estado. Al efecto fue creada una comisión cuyas conclusiones no fueron proclives al acometimiento de las labores de salvamento por parte del gobierno, pues consideraron que "la estatalización del salvamento marítimo tendría como consecuencia deplorable la paralización de los esfuerzos espontáneos y los sentimientos humanitarios que confieren, a una obra de esta naturaleza, su mayor fuerza".<sup>194</sup> Es lo cierto que la "Societe Centrale" tiene suficientes tragedias registradas como para conocer del valor y arrojo de los marinos voluntarios y de sus ejemplares e incuestionables intervenciones.<sup>195</sup>

También se crearon sociedades de salvamento marítimo en otros países europeos costeros. Así en Ámsterdam- Holanda-, se crearon dos en 1824, posteriormente reorganizadas en 1864. En Alemania se formó una organización en el año 1866 y ya en 1872 existían en Bélgica, Suecia, Italia y Rusia. También se crearon en Estados Unidos, y la "Japan Lifeboat Institution" surgió en 1889, siendo el único organismo de salvamento nipón durante cuarenta años. Incluso en China, según noticias del cónsul francés, se habían creado sociedades de salvamento en Tang-Tse y en Tsing-Chuen.

---

<sup>194</sup> "Annales des Ponts et Chaussees", 4° serie, 2° semestre. Memorias de M. Charie-Marsaines sobre el salvamento de naufragos.

<sup>195</sup> Juan Carlos Arbex, "Salvamento en la mar" pags 41-43, Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante.

En Portugal fue muy importante el desarrollo alcanzado por el "Instituto de Socorro a Náufragos" fundado en 1892, que contaba con la financiación gubernamental a través de subvenciones. El sostenimiento económico de la organización se concretó, a través de un real-decreto promulgado en 1901, en cotizaciones realizadas por todas aquellas entidades que, de un modo u otro, tuvieran relación con el mar. Así, por ejemplo, quedaban obligadas tanto las navieras y compañías armadoras de barcos, cofradías de pescadores, industrias de cetáceas y viveros, almadrabas, y otras análogas, como los balnearios, hoteles al borde del mar, restaurantes costeros, bares de los puertos, etc.

El "Instituto de Socorros a Náufragos" contaba en 1935 con 43 lanchas salvavidas, cuatro de ellas movidas a motor, una estación de salvamento cada treinta kilómetros de costa (cuarenta y una en total), siete puntos equipados con cañones lanzacabos y un astillero propio en el que se construían las lanchas salvavidas.

Este organismo portugués contaba en 1935 con un presupuesto de 300.000 pesetas, de las cuales 130.000 provenían de ayuda estatal y 180.000 de cuotas de socios, donaciones y legados. En las mismas fechas la "Societe Centrale" francesa manejaba 400.000 pesetas, la sociedad de salvamento alemana, 350.000 pesetas y la pionera "RNLI" británica, 5.000.000 pesetas. En España, la "Sociedad Española de Salvamento de Náufragos", sobrevivía en vísperas de la Guerra Civil con 100.000 pesetas, la tercera parte del presupuesto de la sociedad de salvamento lusa para un litoral tres veces mayor.<sup>196</sup>

---

<sup>196</sup> Juan Carlos Arbex, "Salvamento en la mar" pags 48-49, Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante.

## **2. EL SALVAMENTO MARÍTIMO EN ESPAÑA**

En España, las iniciativas de salvamento en el mar se acometen aproximadamente sobre las mismas fechas que en Francia y Reino Unido y así, en 1773, la ciudad de Sevilla se dotaba del primer dispositivo de salvamento del que queda constancia documental: la "Instrucción sobre el modo y los medios de socorrer a los que se ahogaren o se hallaren en peligro en el río de Sevilla" que configura todo un plan de salvamento para el siglo XVIII y cuya estación de salvamento fue apoyada por los miembros de la Sociedad Literaria de Sevilla.

Desde antiguo las tareas locales de salvamento estaban en manos de los gremios y Hermandades de Mareantes, encargados de atender la seguridad de los puertos y del auxilio de los pescadores mediante lanchas tripuladas por gentes entrenadas y provistas de un mínimo material de seguridad, como cables, estachas y anclas. Pero las prerrogativas que estos gremios ejercían sobre el control de la marinería, de las matriculaciones-potencialmente al servicio de la Armada- y del comercio marítimo, no eran del agrado de los armadores y de las Juntas de Comercio establecidas en los puertos, los cuales presionaban al gobierno para su desaparición, dando como resultado su supresión en 1847, siendo definitivamente abolidos en 1864. A partir de ese momento, la labor humanitaria de salvamento marítimo quedara a expensas de una reestructuración, pues los incidentes en el mar con coste en vidas humanas siguen produciéndose, hallándose faltos de respuesta.

En 1870 un temporal especialmente virulento asoló las costas cántabras, teniendo que lamentar 76 víctimas mortales. Entre 1866 y 1879, 1358 barcos sufrieron algún siniestro en las costas españolas. Era necesario acometer una solución para tanto desastre.

Don Miguel Lobo, capitán de fragata, se desplazó a Londres, al comprender el alcance del problema y la importancia que la RNLY había adquirido en el Reino Unido al dar respuesta al mismo. Pretendía estudiar sus métodos y organización para adoptar las soluciones aportadas por esa institución ante desastres marítimos. Al regresar publicó la traducción de un documento titulado "Instrucción sobre el correcto manejo de los botes salvavidas"<sup>197</sup> y planteó ante la Administración española la posibilidad de adquirir un lote de buen material de salvamento, cuestión que fue aceptada por la Dirección General de Obras Publicas, la cual ya tenía esbozado un programa estatal que pretendía dotar de botes salvavidas y material de rescate a determinados puntos del litoral.

Entre 1864 y 1873 fueron adquiridos trece botes británicos del tipo Beeching, destinados a los puertos de Bilbao, Santander, La Coruña, Huelva, Cádiz, Málaga, Valencia, Tarragona, Barcelona y Gijón. El principal defecto de este plan, por otra parte ambicioso y meritorio, recayó en la falta de formación y previsión de dotación para sostener una tripulación. Las lanchas fueron adscritas a las Juntas de Obras de los puertos, huérfanas de tripulación entrenada que las hiciera entrar en funcionamiento cuando la situación lo requiriese.

---

<sup>197</sup> "Instrucción de la Real y Nacional institución de Botes Salvavidas de Inglaterra". Impresa en 1859 y traducida por don Miguel Lobo. 16 paginas. Museo Naval de Madrid.

En el año 1874, un mercante español embarrancaba violentamente en la desembocadura del río Guadalmedina, a escasa distancia del puerto de Málaga. Los hombres del navío hicieron todo tipo de señas alertando del percance pero, pese a ser vistos por los marineros del puerto, conscientes de lo difícil de la situación y de la necesidad de prestar auxilio, ante la falta de entrenamiento y de formación sobre el funcionamiento de la lancha fondeada en la dársena del puerto, nada hicieron por socorrer a la tripulación. Afortunadamente, un grupo de marineros noruegos que se hallaban en el puerto se embarcaron en la lancha y llevaron a cabo el rescate.

No obstante, se tiene noticia de que en el puerto de Barcelona la lancha salvavidas permaneció operativa desde la entrega a la Junta de Obras del puerto y bajo su dirección.

La primera organización específica de salvamento se instauró en el puerto de Santander en 1874 y estaba dotada tanto materialmente, con dos morteros lanzacabos tipo "Bóxer", uno en la península de la Magdalena y el otro al extremo del Puntal, al extremo de la bocana del puerto, como con brigadas voluntarias de salvamento compuestas por cuarenta hombres. En 1878, con la ayuda del Club de Regatas de la ciudad, adquirió una lancha salvavidas, con su correspondiente caseta refugio, y con la garantía de una tripulación permanente y sostenida con fondos suficientes.

En 1875 se constituía en el puerto de Águilas -Murcia-, otra Sociedad de Salvamento. El nacimiento de esta Sociedad es fácilmente explicable pues Águilas era un pequeño emporio marineró dominado por británicos, siendo trasladados a este enclave el ideario de la veterana RNLI.



El 5 de mayo de 1879 era San Sebastián la que decidía formar una asociación de salvamento al haberse producido un terrible naufragio el año anterior con ocasión de una desmedida galerna que acabo con la vida de casi un centenar de marineros.

La "Asociación Humanitaria de Salvamento Marítimo de Guipúzcoa" tenía como principales fuentes de ingresos las cuotas de sus socios y las donaciones voluntarias y estaba dotada con una lancha salvavidas que fue construida en astilleros locales a imitación de los modelos autoadrizables en uso en la RNLI y en Francia. La lancha "Guipúzcoa", tenía 13 metros de eslora por 2,37 de manga, era tripulada por un patrón, un segundo, y dos docenas de marineros voluntarios. El único personal de la asociación que cobraba un sueldo era el guardián de la lancha, que también ejercía como vigía. La "Guipúzcoa" prestó servicio durante cuarenta años y fue sustituida en 1925 por una lancha de motor diesel que fue la primera de este tipo que opero en Europa.<sup>198</sup>

Por su parte, Don Martín Ferreiro, hombre de gran energía y tesón, que sabía de todas las catástrofes marítimas por razones laborales pues por su trabajo en la Dirección General de Hidrografía conocía todos los datos de los naufragios acontecidos en España, comenzó a movilizarse para sensibilizar acerca del salvamento marítimo. Escribió en los periódicos y las columnas de "La Época" desde 1866 y publicó en la Revista General de Marina un importante trabajo sobre el salvamento marítimo explicando en él la

---

<sup>198</sup> Juan Carlos Arbex, "Salvamento en la mar" pags 50-55, Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante.

necesidad de crear en España una Sociedad encargada del mismo. La cartera de Marina, ostentada por el almirante marqués de Rubalcaba, fue sensible a su propuesta y de este modo se organizó la "Sociedad Española de Salvamento de Náufragos", que quedó constituida el 19 de diciembre de 1880, en Madrid, en el salón de sesiones de la Academia de la Historia.<sup>199</sup> La Sociedad fue puesta bajo el patronazgo de la Reina Doña Maria Cristina y la protección de la Infanta Doña Maria Isabel, gozando desde entonces del respaldo de la Familia Real y consiguiendo la exención de derechos arancelarios para poder importar todo tipo de material de salvamento.

En su primer artículo los Estatutos de la Sociedad disponían: "la Sociedad tiene por único objeto salvar las vidas de los que naufraguen sobre las costas de España y de sus provincias y posesiones". En el organigrama de la SESN figuraban el ministro de Marina, almirantes de la Armada y destacados personajes de la vida marítima nacional y sin embargo la falta de dotaciones y de saneamiento económico fueron la característica que avocó a que nunca alcanzara el prestigio y nivel de compromiso moral y de apoyo financiero de que gozaron las sociedades homólogas británica, francesa y portuguesa.<sup>200</sup>

Entre los años 1881 y 1886 la SESN participó en los siniestros de 48 barcos, salvando 512 vidas.<sup>201</sup>

La constitución de Juntas locales en los diferentes enclaves costeros fue consecuencia casi siempre de la buena

---

<sup>199</sup> Ángel Luis Díaz del Río Martínez, "La XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos", Madrid, 1987

<sup>200</sup> Juan Carlos Arbex, "Salvamento en la mar" pags 56-57, Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante.

<sup>201</sup> Boletín de la SESN" Año 1886. Museo Naval de Madrid.

voluntad y animosidad de sus habitantes. Sin embargo, algunas estaciones surgieron de planteamientos y soluciones políticas, como fue el caso de la base de salvamento instalada en la playa de La Atunara, a la sombra del Peñón de Gibraltar.

El arenal que se extiende desde la desembocadura del río Guadiaro y la Roca es un lugar en que varaban con cierta frecuencia los barcos azotados por los temporales de levante que incapaces de doblar Punta Europa para buscar refugio en la bahía de Algeciras encallaban en el citado enclave. Cada vez que esto ocurría salían del Peñón las brigadas inglesas de salvamento marítimo, únicas de la zona para auxiliar a los náufragos. La presencia británica no era bien vista fuera de los límites de la colonia ni siquiera con fines humanitarios. No obstante no podía impedirse la llegada de un socorro que España no tenía posibilidades de facilitar.

La solución pasaba por instalar una estación de salvamento de la SESN en el lugar. El desembolso a realizar para dotar el enclave de una lancha, su caseta y el lanzacabos se cifró en 9.000 duros y para arrostrarlo fue preciso buscar la financiación de algún particular que sufragara la mayor parte. Este mecenas fue D. Ignacio Isasi que donó más de la mitad del presupuesto. La estación quedó montada en las navidades de 1897 y era atendida por una brigada de voluntarios de la vecina población de San Roque. El día 5 de enero de 1898 apareció embarrancado en la playa el velero italiano "Fortunata". La buena fortuna acompañó a la brigada en su primera actuación pues el lanzacabos depositó el cabo guía en la cubierta al primer lanzamiento. Por él se deslizaron los trece marinos que formaban la tripulación en una hora. Los británicos habían sido alertados del

naufragio pero su entrada en acción se produjo cuando el salvamento ya había concluido. Ya nunca sería necesaria su presencia en aquellas costas.<sup>202</sup>

La sociedad de socorro basaba su política de reconocimiento para con los hombres que participaban en las tareas de rescate y salvamento en la dotación de premios en metálico y en la imposición de medallas al valor, únicas compensaciones que, salvo la impagable satisfacción de ayudar a los semejantes, recibía el voluntariado de estas sociedades humanitarias.

Durante cincuenta años la SESN rescató a las tripulaciones de 120 barcos de alto bordo -de ellos quince ingleses, diez franceses, siete italianos, uno portugués, seis noruegos, uno danés, dos rusos, uno austriaco y tres de los Estados Unidos de América- junto a muchas más de menor cabotaje, ascendiendo a 11.533 las personas que gracias a su intervención consiguieron salvar la vida.<sup>203</sup>

La seguridad establecida por la Sociedad Española de Salvamento de Náufragos quedó muy disminuida tras la Guerra Civil, quedando toda la responsabilidad del salvamento marítimo, desde 1940 a 1970 en manos de la Armada.

Las circunstancias que alrededor de las sinergias económicas nacidas del mar, evolucionaron durante los años sesenta al compás de un relevante despegue económico - aumento significativo de la flota pesquera, implantación de avances tecnológicos que propiciaban que los barcos se hicieran a la mar sin apenas limitaciones climatológicas,

---

<sup>202</sup> Juan Carlos Arbex, "Salvamento en la mar" pags 62-66, Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante.

<sup>203</sup> Angel Luis Díaz del Río Martínez "La XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Naufragos" Madrid, 1987.

la aparición de la marina deportiva y la presencia masiva del turismo en las playas,- hacían especialmente apreciable la ausencia de un auténtico dispositivo de salvamento marítimo en el litoral español.

Únicamente los grandes puertos disponían de pequeñas infraestructuras regidas por las Juntas Locales de la SESN y en no pocas ocasiones las embarcaciones de salvamento no eran más que botes de remos o lanchas salvavidas obsoletas, tripuladas por pescadores jubilados que ejercían tareas de vigilancia en las playas más frecuentadas durante el verano que eran también atendidas por los socorristas de la Federación Española de Salvamento y Socorrismo.<sup>204</sup>

Así, tal y como sucediera durante el siglo XIX, y tras algunos desgraciados accidentes, se planteó en España la necesidad de acometer un dispositivo de salvamento, al margen de la antigua Sociedad Española de Salvamento de Náufragos, respecto de la que no quedaba vestigio de credibilidad alguno. La Liga Naval Española actuó de intermediaria y gestora respecto de esta cuestión y planteó como institución capacitada para este cometido a la Cruz Roja. Fue en 1971 cuando la Asamblea de esta institución creó la organización "Cruz Roja del Mar" asumiendo las tareas de salvamento marítimo. La Cruz Roja contempla en sus estatutos fundacionales el auxilio a cualquier ser humano y, de hecho, en esas fechas ya funcionaban instalaciones de socorro en algunas playas españolas atendidas por voluntarios de la institución.

---

<sup>204</sup> Juan Carlos Arbex, "Salvamento en la mar" pags 93, Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante.

La propuesta fue aceptada desde la Subsecretaria de la Marina Mercante y la nueva organización de salvamento marítimo arranco con fuerza dotando al litoral de un "Plan Nacional de Cobertura de Salvamento" por el que la costa española se dividía en tres zonas A, B y C según la distancia desde la costa. Fue en el nivel C, asistencia en las playas, donde mayor éxito obtuvo la Cruz Roja del Mar.<sup>205</sup>

El mayor problema de la institución fue la escasez de personal voluntario que actuara de forma permanente. Para solventarlo la Armada respondió con la creación del servicio militar como voluntario en la Cruz Roja del Mar, medida que resulto eficaz y permitió sostener muchos puestos de las estaciones de Salvamento con hombres debidamente formados en tareas de salvamento. Tal solución sin embargo no pudo paliar los inconvenientes derivados del carácter voluntario de sus miembros. Lo que en otras naciones era la base de los dispositivos de salvamento, en España había venido a trocarse en problema indisoluble. Estaciones de salvamento dirigidas y gestionadas por voluntarios eficaces y entregados compartían escenario con otras indisciplinadas y escasamente operativas. No quedaba garantizada una actuación eficiente y por ello, tras un comienzo enérgico y una correcta trayectoria, la Cruz Roja del Mar se extinguió a comienzos de los años noventa.<sup>206</sup>

El día 20 de octubre de 1989 fue presentado oficialmente por el Ministerio de Transportes, Turismo y Comunicaciones, el Plan Nacional de Salvamento Marítimo y Lucha contra la

---

<sup>205</sup> Juan Carlos Arbex, "Salvamento en la mar" pags 93, Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante.

<sup>206</sup> "El Océano Protegido". Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente.

Contaminación. En 1991 recibiría un tratamiento prioritario.

El Plan Nacional de Salvamento prevé actuar en cuatro direcciones:

1.-Construir una cadena de Centros Coordinadores de Salvamento que cubrirían bajo su radio de acción la totalidad de la costa española.

2.- Potenciar y ampliar considerablemente los medios de salvamento existentes.

3.-Coordinar de forma eficaz a todos los diferentes organismos nacionales con medios capaces de realizar tareas de salvamento marítimo.

4.-Formar al personal necesario para responsabilizarse de la coordinación y dirección de las operaciones de salvamento.

A ello hay que añadir la formación de todos los hombres de mar en materia de seguridad.

Los Centros Coordinadores de Salvamento son los pilares de todo el sistema de salvamento y tienen su razón de ser en el convenio SAR 79 del cual emanan con carácter y previsiones internacionales y con la función de asistir, en un entramado intercostero y como cerebros del dispositivo, a todos los incidentes que pudieren surgir en el mar con indicios de producir pérdidas de hombres o de producir contaminación en las aguas.

Estos Centros son conocidos internacionalmente con las siglas RCC (Rescue Co-ordination Center) y MRCC (Marine Rescue Co-ordination Center) y existen en casi todos los países de nuestro entorno. Los RCC representan la coordinación en los salvamentos aéreos para los que el convenio SAR 79 prevé la íntima conexión con los MRCC.

La finalidad pretendida es que los CRCS españoles, junto con los CROSS franceses y los MRCC británicos, holandeses, belgas y alemanes, formen una cadena de seguridad a lo largo de toda la costa occidental europea, prolongada hacia el sur con los MRCC de Lisboa y de Azores.

El Plan Nacional de Salvamento proyecta instalar una cadena de MRCC en la costa, divididos en tres grandes categorías:

1.-Centro Nacional de Coordinación del Salvamento (CNCS).

2.-Centros Regionales de Coordinación del Salvamento (CRCS).

3.-Centros Locales de Coordinación del Salvamento (CLCS).

El Centro Nacional de Coordinación del Salvamento (CNCS) tiene su sede en Madrid, en la propia Dirección General de Marina Mercante y funciona las veinticuatro horas del día.<sup>207</sup>

Junto con la construcción de los Centros de Coordinación, la Dirección General de la Marina Mercante ha iniciado un programa de adquisición de unidades navales destinadas a salvamento y a la lucha contra la contaminación. El Plan Nacional prevé tres tipos de medios navales: barcos de Salvamento (BS), Embarcaciones de Salvamento (ES) y Lanchas de Limpieza (LL).

---

<sup>207</sup> "Salvamento en la mar. La evolución del salvamento marítimo en España" .Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaría General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante. Madrid, 1991. pags 133-137



Los barcos de Salvamento están concebidos para hacer frente a las contingencias de un rescate en el mar, a un incendio en buque o a una actuación contra la contaminación marítima. Están previstas once unidades pesadas, polivalentes, con máquinas superiores a los 7.000 cv de potencia, equipados contra incendios y con remolcadores de altura capaces de sacar de apuros a casi cualquier embarcación. Además sus amplios parques o superficies despejadas dispuestas a popa son óptimos para cualquier maniobra de evacuación a través de helicópteros. Se completan con veloces lanchas de salvamento susceptibles de ser botadas con carácter inmediato para adelantarse al buque nodriza en caso de urgencia. Estos barcos son fácilmente reconocibles dado su color naranja y las bandas oblicuas de las amuras de los barcos SAR. Su misión es el salvamento de vidas humanas a cualquier distancia del litoral.<sup>208</sup>

Las Embarcaciones de Salvamento son embarcaciones "todo-tiempo" capaces de efectuar salvamentos en una zona litoral de hasta 50 millas de profundidad. Las primeras unidades se adquirieron en Francia y recibieron el nombre de SALVAMAR. Las unidades posteriores son de factoría noruega y se denominan ALUSAFE. Las características de estas Embarcaciones de Salvamento son: Eslora 10,5 metros, dos motores de 270 cv cada uno, dotados de turbina, autonomía de 135 millas y capacidad para desarrollar una velocidad de hasta 23 nudos. Son autoadrizables, insumergibles y todas

---

<sup>208</sup> "Salvamento en la mar. La evolución del salvamento marítimo en España" .Ministerio de Obras Públicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante. Madrid, 1991. pags.138-148

disponen de una lancha neumática auxiliar y los equipos de radiocomunicación necesarios.<sup>209</sup>

La tercera de las directrices del Plan Nacional de Salvamento anteriormente enunciada supone la columna vertebral del actual sistema de socorro español.

El Plan está concebido para alcanzar acuerdos y convenios con todos los organismos con competencia en la materia. A tal fin fue promulgado el Real Decreto 264/1991, de 6 de marzo, por el cual se autorizaba al entonces Ministerio de Transportes, Turismo y Comunicaciones a firmar convenios de colaboración con la Cruz Roja Española así como con otras entidades públicas o privadas susceptibles de realizar actividades de búsqueda y rescate marítimo. La expresa mención de la Cruz Roja resultaba incuestionable tras la larga acometida por parte de esta institución del salvamento marítimo en España, y su puesta al servicio de dotaciones de rescate.

Especialmente relevante resulta el compromiso de colaboración entre la Dirección General de la Marina Mercante y la Dirección General de Aduanas e Impuestos Especiales del Ministerio de Economía y Hacienda, que suponía la dispuesta a disposición del salvamento marítimo de las potentes lanchas y los sofisticados helicópteros del Servicio de Vigilancia Aduanera (SVA).

Al fin de la coordinación entre todos aquellos actores con capacidades en salvamento marítimo y con competencias sobre el mismo fueron firmados convenios con las Comunidades Autónomas, el primero de ellos con la Xunta de Galicia y

---

<sup>209</sup> "Salvamento en la mar. La evolución del salvamento marítimo en España" .Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante. Madrid, 1991. pags.148-150

posteriormente con la Junta de Andalucía y la Generalitat de Valencia. Igualmente se encuentran institucionalizadas las colaboraciones de organismos como SOS Deiak del País Vasco, medios aéreos de la Diputación Regional de Cantabria, el Principado de Asturias, de la Generalitat de Cataluña, de la Policía Nacional y de la Guardia Civil, y del Servicio de Búsqueda y Salvamento Aéreo del Ejército del Aire y las unidades de la Armada.

A nivel internacional el convenio SAR 79 contempla como fin último la estrecha colaboración entre regiones SAR vecinas, facilitándose las operaciones de búsqueda y rescate. La cooperación entre Francia y España es muy efectiva y se realiza mediante una organización de salvamento muy similar y un constante intercambio de información.<sup>210</sup>

El cuarto objetivo del Plan Nacional de Salvamento es la selección y formación del personal encargado de las operaciones de rescate. El personal es seleccionado y formado por experimentados capitanes de la Marina Mercante quienes estarán al mando de las operaciones de salvamento. Los programas de entrenamiento basados en la coordinación de todos los medios y puesta a punto de unidades de rescate son muy intensos. Los ejercicios de simulacros se desarrollan regularmente.<sup>211</sup>

La Ley de Puertos del Estado y de la Marina Mercante, de 24 de noviembre de 1992, contempla la creación de una Entidad de derecho público encargada de la gestión del salvamento

---

<sup>210</sup> "Salvamento en la mar. La evolución del salvamento marítimo en España" .Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante. Madrid, 1991. pags.166-171

<sup>211</sup> "Salvamento en la mar. La evolución del salvamento marítimo en España" .Ministerio de Obras Publicas y Transportes. Secretaria General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante. Madrid, 1991. pags 172-180.

marítimo y la protección medioambiental del océano a fin de acometer con ello el tratamiento de los salvamentos del mar establecido en el Convenio SAR 79 que propugna una cohesionada vertebración de los medios y los mandos para una respuesta ágil, inmediata, eficaz y profesional. De estas premisas nace la Sociedad Estatal de Salvamento y Seguridad Marítima.

El artículo 90 de la Ley de Puertos del Estado y de la Marina Mercante señala los objetivos de la Sociedad Estatal:

1.-Prestación de Servicios de búsqueda, rescate y salvamento marítimo.

2.-Prestación de servicios de control y ayuda al tráfico marítimo.

3.-Prestación de servicios de prevención y lucha contra la contaminación del medio marino.

4.-Prestación de servicios de remolque y de embarcaciones auxiliares.

5.-Prestación de servicios complementarios de los anteriores.

La Sociedad Estatal de Salvamento y Seguridad Marítima comenzó sus actividades el 1 de enero de 1993.

### **3. LA EVOLUCION DEL SALVAMENTO EN EL MAR.**

En el trabajo publicado en 1823 por William Hillary titulado "An Appeal to the British Nation on the Humanity and Policy of forming a National Institution for the Preservtion of Lives and Property from Shipwrech", se hacía

especial hincapié en que las embarcaciones de salvamento deberían acudir en auxilio de las personas y de los barcos que lo necesitasen, cualquiera que fuese su nacionalidad y lo mismo en tiempo de paz que en tiempo de guerra. Esta idea se convertiría en el ideario común del resto de las Sociedades de Salvamento, principio por el cual el rescate de vidas humanas en el mar constituye una tarea humanitaria que debe ejercerse sin discriminación alguna por razón de nacionalidad, raza, religión o ideología política.<sup>212</sup>

En 1924, en Londres, se creaba la "International Lifeboat Conference" (ILC), con ocasión de celebrarse el primer centenario de la fundación de la RNLI. A esta primera conferencia organizada por la Royal National Lifeboat Institution, asistieron delegados de sociedades correspondientes a ocho países: Francia, Dinamarca, Japón, Holanda, Noruega, España y Suecia.

La ILC se creó con la finalidad de facilitar el libre intercambio de información entre las organizaciones de salvamento de los distintos países, así como foro para el estudio y debate de ideas e innovaciones y técnicas de salvamento. La continuidad de esta conferencia se considera de gran importancia al fin de no perder las fuertes relaciones de confianza y conocimiento mutuo de las distintas sociedades de salvamento que se han alcanzado en la actualidad.<sup>213</sup>

En la primera conferencia se propuso, por parte de la Imperial Sociedad de Salvamento japonesa, la creación de una Organización Internacional para promover el salvamento

---

<sup>212</sup> Ángel Luis Díaz del Río Martínez, "La XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos", Madrid, 1987

<sup>213</sup> XV International Lifeboat Conference. La Coruña 1-6 de junio de 1987

de vidas facilitando barcos de salvamento donde fuesen necesarios. Dicha propuesta dio lugar a la siguiente resolución: "Que las Sociedades de Salvamento de Náufragos constituyan una Organización Internacional según los criterios de las Sociedades de Cruz Roja, y que se envíen copias de esta resolución a todos los países marítimos, a la Liga de Naciones en Ginebra y a la Sociedad de Naciones"

Tal recomendación se presentó al Comité Técnico Asesor para los Transportes y Comunicaciones de la Liga de Naciones, el cual ofreció su apoyo. Sin embargo, no existe constancia de resultado práctico alguno al efecto.<sup>214</sup>

La segunda conferencia se celebró en París, en 1928 y a ella asistieron diecisiete países. Desde entonces la conferencia se reúne cada cuatro años y lo hace en un país diferente. Así en 1932 fue en Holanda, en 1936 en Suecia, etc. En cada ocasión el número de países asistentes ha crecido, ampliando así el intercambio de información según los principios de la Conferencia.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la Conferencia se reunió de nuevo en Oslo en 1949 y en Bélgica en 1951. Esta última fue abierta por el Ministro de Comunicaciones, señor Segers, que manifestó: "Mientras que en otras áreas los científicos e inventores trabajan con demasiada frecuencia en secreto para conservar el beneficio de su ciencia e invenciones para ellos mismos, o para un número muy limitado de personas, ustedes representan exactamente la posición contraria, ya que están deseosos de comunicarse unos a otros, sin restricción alguna, los últimos progresos realizados, para conocimiento de las formas y medios de

---

<sup>214</sup> XV International Lifeboat Conference. La Coruña 1-6 de junio de 1987.

salvar vidas y transmitir el beneficio de su experiencia a todos los demás"

Fue en esta conferencia de 1951 en la que, a petición de otras organizaciones de salvamento, la RNLI se hizo cargo de la tarea de distribuir información a todos los países con organizaciones de salvamento. Desde 1951, la RNLI ha desempeñado la función de secretariado de la ILC de modo desinteresado.<sup>215</sup>

Se han celebrado posteriores conferencias en Portugal en 1955, en Alemania en 1959, en Escocia, en 1963, en Francia en 1967, en los Estados Unidos en 1971, en Finlandia en 1975, en Holanda en 1979 y en Suecia en 1983. En España tuvo lugar la XV Conferencia Internacional de Salvamento de Náufragos en La Coruña, en 1987. En la actualidad son cincuenta sociedades pertenecientes a treinta y siete países las que se integran en la ILC.

Las condiciones que se exigen para formar parte de la ILC son sencillas y flexibles, sin que pueda hablarse en propiedad de derechos y deberes ya que todo depende de lo que cada sociedad este dispuesta a aportar de acuerdo con sus posibilidades, conocimientos y experiencia. Condición imprescindible es disponer y operar con embarcaciones de salvamento. Cuando alguna sociedad o país no dispone de estas embarcaciones, o bien su organización se encuentra todavía en sus comienzos, cabe enviar observadores a las reuniones de la Conferencia, a fin de obtener información sin duda muy valiosa. No existe obligación de aportar ningún tipo de cuota.

---

<sup>215</sup> XV International Lifeboat Conference. La Coruña 1-6 de junio de 1987.

Los asuntos de que se trata en estas conferencias son todos aquellos relacionados con el salvamento marítimo: desarrollo y construcción de nuevos modelos de embarcaciones; operaciones de búsqueda y rescate; comunicaciones; equipos de radiolocalización; sistemas de localización de barcos siniestrados por medio de satélites; problemas que representa la hipotermia y su tratamiento; trajes de agua; salvavidas; preparación y adiestramiento de socorristas especialistas en reanimación cardio-pulmonar; instrucción y adiestramiento de las tripulaciones; financiación de las sociedades no estatales, etc.

Las distintas Sociedades presentan sus ponencias, de las que unas son para información general y otras para ser expuestas y discutidas durante la Conferencia, que son las incluidas en la agenda de trabajo.

Los países próximos a aquél en el que se celebra la Conferencia suelen enviar una muestra de sus embarcaciones de salvamento más modernas y normalmente tiene lugar un simulacro de salvamento.<sup>216</sup>

También la ILC y sus miembros han desarrollado puntos de vista sobre temas distintos a aquellos referidos a barcos y equipos, técnicas y medios de salvamento, que resultarían de gran aportación e interés y que sería deseable hicieran valer en los foros creados al efecto. Destacan entre estos temas la protección de los barcos de salvamento en periodos de conflicto armado.<sup>217</sup>

---

<sup>216</sup> Ángel Luis Díaz del Río Martínez, "La XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos", Madrid, 1987

<sup>217</sup> XV International Lifeboat Conference. La Coruña 1-6 de junio de 1987.



Otro eslabón en la evolución institucional del salvamento marítimo lo constituye la Organización Marítima Internacional. El 6 de marzo de 1948, la Conferencia Marítima de Naciones Unidas, reunida en Ginebra, aprobó la creación de la Organización Marítima Internacional (OMI) y efectuó un llamamiento a todas las naciones para adherirse y trabajar para la búsqueda de soluciones al tráfico marítimo mundial.

La primera Asamblea del Organismo tuvo lugar el 6 de enero de 1959. España se convirtió en Estado miembro en 1962. La Organización tiene su sede en Londres y se dota financieramente con las aportaciones de los Estados miembros en cantidades proporcionales al tonelaje de su flota mercante.

Los objetivos de la OMI son deparar un sistema de cooperación entre los gobiernos en la esfera de la reglamentación y de las prácticas relativas a cuestiones técnicas de toda índole, concernientes a la navegación comercial internacional y alentar y facilitar la adopción general de normas tan elevadas como resultase factible en cuestiones relacionadas con la seguridad marítima, la eficiencia en la navegación y en la prevención y contención de la contaminación del mar ocasionada por los barcos.

Para la adopción de acuerdos se necesita la unanimidad, lo que dificulta su aceptación, y sin embargo la OMI ha conseguido impulsar 40 Convenios y Protocolos, todos en vigor. Dos de las más sobresalientes en el tema de seguridad marítima han sido el Convenio SOLAS (Safety of Life at Sea), conocido en España como SEVIMAR (Seguridad de la Vida Humana en el Mar) y el Convenio de Búsqueda y

Salvamento Marítimo, también conocido como Convenio de Hamburgo SAR 79.

El primero de ellos se puede considerar casi el más antiguo pues data de 1914, anterior a la existencia de las Naciones Unidas y que fue seguido de múltiples revisiones y puestas al día en los años 1929, 1948, 1960 y 1974, según iban avanzando las técnicas de seguridad en la navegación. El Convenio más antiguo de todos los suscritos en relación con la seguridad marítima fue el Convenio para la Unificación de Ciertas Normas Legales Relacionadas con la Asistencia y Salvamento en el Mar, acordado en Bruselas, en 1910.

El principal objetivo de esta Organización Marítima Internacional es mejorar la seguridad de la vida humana en el mar, dirigiéndose muchos de sus convenios a evitar que ocurran accidentes. Desde esta premisa la labor de la OMI se puede clasificar en cuatro fines:

- 1.- Mejoramiento de las técnicas y el equipo de salvamento a bordo.
- 2.- Sistemas de alerta y señales de peligro.
- 3.- Supervivencia después de abandonar el buque.
- 4.- Operaciones de búsqueda y salvamento.

En el año 1960, los países reunidos en la Conferencia Internacional sobre Seguridad de la Vida Humana en el Mar (SOLAS y SEVIMAR) redactaron la Recomendación 40 que reconocía la conveniencia de coordinar las actividades relativas a la seguridad en el mar y sobre el mar, entre varias organizaciones gubernamentales.

En el año 1970, se celebró en los Estados Unidos un seminario sobre Búsqueda y Salvamento Marítimo. Las

recomendaciones surgidas de este Seminario fueron recogidas por la OMI que encargó a un grupo de expertos la elaboración de un Convenio Internacional sobre Búsqueda y Salvamento. Este Convenio fue aprobado el 27 de abril de 1979, en Hamburgo, tras una conferencia de tres semanas de duración y entró en vigor el 22 de junio de 1985.

El Convenio SAR 79 quedó plasmado en tan sólo veinte folios conteniendo las directrices que, en adelante, regirán todas las organizaciones SAR del mundo, recogiendo una serie de definiciones que son el catecismo del salvamento marítimo.

En este Convenio se definen las llamadas "Regiones de búsqueda y salvamento" (SRR Región SAR Marítima) como las áreas marítimas de dimensiones definidas sobre las cuales se prestarán los servicios de búsqueda y salvamento por cada Estado. España recibiría su cuota de responsabilidad sobre una superficie equivalente al triple de su superficie territorial.

También se instituyen los "Centros Coordinadores de Salvamento Marítimo-MRCC" como centros encargados de promover la buena organización de los servicios y la coordinación de la ejecución de las operaciones de búsqueda y salvamento. Se normalizan las graduaciones de las alarmas que pueden plantearse en el mar clasificándolas en Fase de Emergencia, de Alerta, de Incertidumbre, de Peligro, etc.

En resumen, el Convenio SAR 79 tiene como objetivo prestar asistencia a todos los países costeros del mundo en la organización de sus sistemas de búsqueda y salvamento, mediante actividades de cooperación e intercambio, consiguiendo así un uso más óptimo y eficaz de los recursos disponibles. La palabra clave del convenio es

"coordinación": coordinación de cada Estado para con sus medios susceptibles de ser empleados en una emergencia marítima y coordinación entre los Estados para alcanzar un sistema mundial integrado de salvamento marítimo.

España firmó el Convenio SAR 79 en marzo de 1993, una vez que tuvo a punto su organización.

Los objetivos primordiales del Convenio SAR 79 son:

1.-Coordinar las actividades relativas a la seguridad en y sobre el mar entre organizaciones internacionales.

2.-Desarrollar y promover un plan internacional de búsqueda y salvamento marítimo.

3.-Fomentar la cooperación entre las organizaciones de búsqueda y salvamento.

En el desarrollo del Convenio, los océanos han sido divididos en 13 zonas SAR. Para cada una de estas zonas se han preparado Planes específicos de búsqueda y salvamento. España está incorporada a la Zona 1 (Atlántico Norte) y a la Zona 12A (Mar Mediterráneo)

Otras normas internacionales que, nacidas de la sensibilidad hacia los accidentes en el mar, rigen la materia de seguridad marítima son:

-El acuerdo de creación de las llamadas NAVAREAS para la difusión de avisos a la navegación adoptado por el Servicio Mundial de Radioavisos Náuticos de 1977.

-El Plan INMARSAT (Organización Internacional de Telecomunicaciones Marítimas por Satélite) del año 1976.

-La adopción del Manual de Búsqueda y Salvamento para barcos Mercantes (MERSAR) de 1971.

-El Manual OMI de Búsqueda y Salvamento (IMOSAR), de 1978.

-El Acuerdo COSPAS-SARSAT o Sistema de Localización de Siniestros por Satélite.

-Convenio de las Naciones Unidas sobre el Derecho del Mar, Montego Bay (Jamaica), 1982.

-El Sistema Mundial de Socorro y Seguridad Marítima (SMSSM) puesto en servicios en febrero de 1992 que incluye cuestiones como la Llamada Selectiva Digital, los Respondedores de Búsqueda y Salvamento (RESAR) y el Sistema NAVTEX de comunicación escrita.

#### **4. EL SALVAMENTO MARÍTIMO EN CONFLICTO ARMADO.** **INVOLUCRACIÓN DE LAS SOCIEDADES DE SALVAMENTO** **A PARTIR DEL CONVENIO DE GINEBRA DE 1864.**

La plasmación del respeto y reconocimiento que merece la atención médico-sanitaria a los heridos y enfermos tras un combate armado, ha tenido su máximo refrendo en el Convenio

de Ginebra, firmado en 1864 por 12 Estados, entre ellos España, y reafirmado más tarde en 1906 y en sucesivas redacciones y ratificaciones.<sup>218</sup>

El Convenio de Ginebra de 1864 fue el primero de todos los sucesivos de este nombre. En él se consagraba por primera vez el principio de auxilio desinteresado, prestado sin discriminación alguna al soldado herido o enfermo que pasaba de combatiente a persona indefensa y débil y en el que se impulsaba el fomento del derecho internacional humanitario con el objeto de conseguir una mayor reglamentación de los conflictos armados y de su humanización.

Este primer convenio, sin embargo, adoleció de defectos y omisiones que aconsejaron su pronta revisión. La primera a través de una nueva conferencia convocada en 1868 que adoptó varios artículos adicionales relacionados con la guerra marítima y que finalmente nunca fueron ratificados.<sup>219</sup>

Un análisis de la situación de los socorros a heridos y naufragos en las guerras marítimas realizado en 1894 por el doctor C. Auffret, director de la Sanidad de la Armada en Rochefort, incluido en la *Revue Maritime et Coloniale* y traducido por Federico Montaldo para la *Revista General de Marina*, número 56 de 1894, ponía de relieve el estancamiento producido respecto a la materia en aquellos años, pese a que el Convenio de Ginebra de 1864 y su posterior addenda de articulado sobre la guerra marítima de 1868 arrancara con los mejores designios y un gran empuje.

---

<sup>218</sup> J. Soler Canto, "El médico de la Armada ante el Convenio de Ginebra", Madrid, 1967

<sup>219</sup> Ángel L. Díaz del Río, "Aplicación de los Convenios de Ginebra a la protección de los barcos de salvamento de naufragos en caso de conflicto armado". Madrid, 1984

Muchos fueron, no obstante, los trabajos, artículos, informes, discursos, congresos, etc., que se realizaron sobre los socorros previstos por los Estados para ayudar a quienes hacen el sacrificio de la defensa de la patria, y los socorros organizados por sociedades particulares y, sin embargo, el resultado oficial obtenido durante el primer cuarto de siglo posterior fue muy escaso. Entre las razones de esta paralización se invocaron la rápida evolución de la guerra marítima y los obstáculos hallados relativos a la neutralidad, cuya necesaria aplicación a la par que su delicada conceptualización hacía que cada acometimiento de la misma produjera una objeción.

Inglaterra era en este sentido especialmente reticente, sobre todo en lo que pudiera afectar al derecho de presa y Rusia planteaba serias dudas sobre los abusos que pudieran cometerse bajo la garantía de la Cruz Roja.<sup>220</sup>

No obstante la ausencia de acuerdos ratificados sobre el auxilio de heridos en las guerras marítimas, se observa la utilidad del texto del 1868 que, aun sin ratificar, fue el referente normativo aplicado en la guerra ruso-turca desencadenada en 1870 que diera entrada a la participación de la Cruz Roja en los socorros a prestar a heridos y naufragos y ello pese a la negativa de Turquía a reconocer el emblema de la sociedad y una vez que Rusia sí aceptara la media luna roja.

En la cuarta Conferencia Internacional celebrada en Carlsruhe, en 1887, nada se avanzó sobre el derecho de guerra marítima pero quedó confiada su atención al Comité

---

<sup>220</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los naufragos de las guerras marítimas", Revista General de Marina, Madrid, 1894.

Internacional de la Cruz Roja, que acepto tal encomienda con el concurso de las diferentes sociedades oficiales de socorros establecidas en los distintos países y así se enviaron circulares a todos aquellos que contaban con comités, circulares en las que se proponía la elaboración de una nueva redacción de los artículos de 1868, invitándoles a que enviaran sus trabajos antes de la celebración de la quinta conferencia a celebrar en Roma en 1892. El estudio había de referirse al papel que debían desempeñar las sociedades de socorro en las guerras marítimas, que material sería necesario y cuáles serían los métodos para proveerse de él y que dotación de personal sería la óptima. Dichos informes fueron comunicados a los jefes de las diferentes Marinas, adquiriendo así un carácter oficial.

Fueron recibidos informes de Alemania, Austria-Hungría, Dinamarca, Holanda, Francia, Italia y Rusia.

El informe alemán enfocaba los socorros a heridos y naufragos en la guerra marítima a prestar exclusivamente por los barcos de socorro militares. Admitía por tanto tan sólo la intervención estatal en su atención.

El informe francés, por su parte, no sólo creía posibles los socorros prestados por las sociedades de salvamento sino que los presentaba como una hipótesis necesaria, siempre bajo la jurisdicción de la autoridad militar. Sin embargo, la autoridad marítima francesa declaró el 11 de marzo de 1890 que no se les prestarían ni alquilarían barcos de guerra para su objetivo, por lo que la sociedad de socorro se vería avocada a servirse de barcos mercantes.



Los informes danés y holandés comunicaban la aceptación de la intervención de las sociedades de socorro siempre bajo la sanción de las leyes nacionales.

Por su parte el informe italiano resulta de los más afirmativos hacia la prestación de socorros por las sociedades, tratando con detalle las eventualidades que permitirían por ejemplo a la Cruz Roja desempeñar su misión humanitaria en una guerra marítima.

Los medios a que se referían los informes relacionados eran los siguientes: barcos de gran velocidad y amplio sollado, provistos de aparatos de socorro, iluminados con luz eléctrica y arbolando insignias especiales y personal reclutado con arreglo a las leyes vigentes en cada país.

El informe considerado más completo de todos los presentados fue el del Comité austro-húngaro, bajo el título "Proyecto de reglamento de una ambulancia marítima de la Asociación de socorros de las señoras de la Cruz Roja de Trieste e Istria" y ello pese a que se limitaba a las relaciones de las sociedades de la Cruz Roja con los socorros en las guerras marítimas en las aguas territoriales y en sencillas correspondencias con las escuadras.<sup>221</sup>

La organización de una ambulancia móvil, lista para cualquier eventualidad, estaba concebida como una trilogía en la cual cooperaban la Compañía, la Sociedad de socorros y el Estado.

---

<sup>221</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los náufragos de las guerras marítimas", Revista General de Marina, Madrid, 1894.

El Lloyd ponía gratuitamente al servicio de la Sociedad de socorros un vapor con una capacidad para aproximadamente cien camas, pagando los sueldos de los oficiales de a bordo, maquinistas, marineros, cocineros, etc. La Sociedad de socorros adapta el buque para su especial destino, adquiere el material sanitario y paga al personal sanitario subalterno, si el reglamentario dotado por el Estado resultara insuficiente. El Estado proporciona el delegado, dos médicos, dos suboficiales vigilantes, doce enfermeros y un suboficial contador. El estado mayor del buque así como el personal sanitario y de vigilancia reciben su sueldo reglamentario del Ministerio de Guerra. Los perjuicios y averías serían también pagados por el Estado cuando proviniesen de hechos de guerra y del empleo del buque como ambulancia marítima, en otro caso corrían de cargo de la Compañía.

De entre todos estos informes se echaba a faltar el de una gran potencia marítima: Inglaterra.<sup>222</sup>

Con estas propuestas se abrió en Roma, el 22 de abril de 1892, el Congreso de las Sociedades de socorros a los heridos de las guerras, concluyéndose con un voto de las potencias signatarias de la Convención de Ginebra de ponerse de acuerdo para hacer extensivo a las guerras marítimas los beneficios de esta Convención en las condiciones y en la medida que les fueren aplicables. Dicho voto, finalmente, no era sino el prologo del trabajo que tocaba desarrollar a partir de ese momento.

Desde Francia se acometieron importantes estudios e informes en 1894, surgidos desde la necesidad de plantearse

---

<sup>222</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los náufragos de las guerras marítimas", Revista General de Marina, Madrid, 1894.

una respuesta a la paralización de los acuerdos sobre atención a heridos y náufragos y desde la inquietud de exponer posibles propuestas de solución, estudios incorporados en la Revista General de Marina gracias a las traducciones de Federico Montaldo, que fueron diseñados desde una clasificación de los socorros en los siguientes tipos:

- 1.-Socorros en tierra a los heridos en guerras marítimas.
- 2.-Socorros en aguas territoriales a los heridos y náufragos.
- 3.-Socorros a los combatientes de alta mar
- 4.-Socorros a bordo de los barcos de guerra.

Estos planteamientos partían de la importancia atribuida a la defensa de los puertos de guerra y de los grandes centros comerciales, a defender las costas y la necesidad de dominar el mar en toda la esfera de acción del litoral para asegurar las bases de operaciones y el aprovisionamiento de las escuadras; potenciaba la necesidad de prever socorros bien organizados tanto en tierra como en las aguas territoriales. Las medidas sanitarias preparadas en estos límites respondían al espíritu de las sociedades de salvamento y era en ellos en donde podían desplegar de modo más eficaz su actividad.<sup>223</sup>

Tales socorros pasaban por organizar una o varias ambulancias marítimas sobre el modelo de Trieste, que prestaran socorro a lo heridos cerca de las costas y eventualmente también a las escuadras, con el concurso de las sociedades de socorro.

---

<sup>223</sup> <sup>223</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los náufragos de las guerras marítimas", Revista General de Marina, Madrid, 1894.

Los actores en este escenario serían las sociedades de socorro, el Estado y las compañías mercantes. Los barcos elegidos serían de marcha rápida y mediano desplazamiento y serían escogidos y designados antes de la guerra. La Compañía pondría a disposición el buque dotado de tripulación y la Sociedad de salvamento lo adaptaría a su destino especial según un proyecto previamente establecido. La Sociedad de socorros debía completar a sus expensas el material sanitario, para lo cual la mejor referencia podían ser los transportes hospitales y sanitarios del Estado, el cual por su parte y en el planteamiento de los socorros a náufragos y heridos en guerra marítimas proporcionados por sociedades de salvamento, contribuiría proporcionando dos médicos, dos suboficiales encargados de la vigilancia, un suboficial contador y doce enfermeros, todo ello siguiendo del modo más riguroso el informe presentado a la Quinta Conferencia de la Cruz Roja de la delegación austro-húngara.<sup>224</sup>

El papel a prestar por la Societe Centrale de Sauvetage des Naufragues, quedó plasmado en el Convenio firmado el 15 de mayo de 1891. En caso de guerra marítima, dicha sociedad prestaría su concurso a la sociedad de socorros a los heridos en la asistencia que necesitasen las víctimas de los combates sostenidos en el mar en las inmediaciones de las costas francesas. A este efecto las juntas locales de la Societe Centrale de Sauvetage des Naufragues serían afiliadas a la Sociedad de socorros a los heridos en la medida de lo posible y durante la guerra. El personal y el material de las Juntas locales gozarían de la misma neutralidad que la concedida por las convenciones

---

<sup>224</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los náufragos de las guerras marítimas", Revista General de Marina, Madrid, 1894.

internacionales y las leyes al personal y material de la Sociedad de Socorros a los Heridos de la Cruz Roja.

En este sentido y como quiera que todos los países de Europa poseían compañías de salvamento debidamente estructuradas y dotadas, era lo cierto que por medio de convenios internacionales todos los servicios podían convertirse en recíprocos, teniendo en estas sociedades un sistema de socorros seguro para las guerras marítimas próximas a las costas.<sup>225</sup>

En cuanto a los socorros a las escuadras en alta mar el asunto se planteaba desde los grandes bloqueos a que se sometían los puertos en las guerras marítimas, y a la necesidad de prestar un socorro regular a escuadras o barcos aislados en alta mar por largo tiempo, que tales bloqueos conllevaba.

Las sociedades de socorro y las de salvamento podrían procurar para estos supuestos un suplemento decisivo a los medios de atención y cuidado de heridos realizados por el Estado a través de sus transportes encargados del aprovisionamiento de los barcos de guerra y del auxilio a sus heridos. La colaboración de las sociedades se convierte en crucial si se tiene en cuenta que la atención procurada reglamentariamente por un Estado pasaba por no contar en ningún caso con la necesaria neutralidad para poder prestar la atención necesaria a los heridos toda vez que un transporte oficial que llevaba relevos de material o personal es obvio que nunca podría ser objeto de neutralización. El servicio de atención a heridos podría y debería por tanto prestarse por una ambulancia marítima

---

<sup>225</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los náufragos de las guerras marítimas", Revista General de Marina, Madrid, 1894.

neutralizada destinada exclusivamente al aspecto sanitario de la asistencia, realizando viajes entre el puerto y la línea de bloqueo bajo la necesaria neutralización, única capaz de preservar su finalidad.

Por último y en lo referente a los socorros en las guerras de alta mar, esto es, fuera de las aguas territoriales, las conclusiones del estudio francés terminaban por considerar que era imposible prever socorros particulares para los heridos y naufragos habidos en los combates mantenidos en alta mar y que estos socorros pasaban por los medios de que eran dotados los propios barcos de guerra y por los socorros oficiales provenientes de barcos hospitales militares.<sup>226</sup>

Tales inquietudes desembocaron en una recomendación de la Conferencia celebrada en La Haya en 1899, en la que se volvió a suscitar la necesidad de revisar el Convenio de Ginebra.

La encargada de realizarla fue la Conferencia Diplomática de 1906, que elaboró un nuevo texto mucho más completo que el de 1864, convirtiéndose en el X Convenio de la Haya de 1907 que fue el aplicado durante la Primera Guerra Mundial.<sup>227</sup>

Terminada ésta, y dadas sus características, se resolvió sobre la necesidad de adaptar el Convenio de Ginebra a la realidad de la guerra moderna, procediéndose a una revisión en 1929, de menores consecuencias que la primera.

---

<sup>226</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los naufragos de las guerras marítimas", Revista General de Marina, Madrid, 1894.

<sup>227</sup> Ángel L. Díaz del Río, "Aplicación de los Convenios de Ginebra a la protección de los barcos de salvamento de naufragos en caso de conflicto armado", Madrid, 1984

Algunos años después, en 1937, una comisión internacional de expertos convocada por el Comité Internacional de la Cruz Roja, revisaba dicho texto, el cual, una vez sometido a la consideración de la XVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja, celebrada en Londres en 1938, fue incluido en la agenda de la Conferencia Diplomática prevista para 1940, la cual no pudo celebrarse como consecuencia del estallido de la Segunda Guerra Mundial.

La experiencia surgida de esta durísima contienda conllevó al compromiso de desarrollo y perfeccionamiento de las normas humanitarias del derecho internacional, por lo que, una vez obtenida la aprobación de los gobiernos y de las sociedades nacionales de la Cruz Roja, el Comité Internacional de la Cruz Roja acometió sin dilación la revisión del X Convenio de La Haya de 1907, el Convenio de Ginebra de 1929 sobre los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña, así como el Convenio de Ginebra de 1929 relativo a los prisioneros de guerra.

En la XVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja celebrada en Estocolmo, a mediados de 1948, con asistencia de representantes de cincuenta Estados y de cincuenta y dos sociedades nacionales de la Cruz Roja, se redactaron nuevos textos que fueron los presentados a la Conferencia Diplomática de Ginebra de 1949, convocada por el Consejo Federal Suizo, con el objeto de elaborar unos convenios internacionales encaminados a proteger a las víctimas de la guerra. A esta Conferencia asistieron representantes de setenta y tres gobiernos.

Tras casi cuatro meses de debates, la Conferencia aprobó, el 12 de agosto de 1949, cuatro convenios entre los que se

encontraba el II Convenio de Ginebra para aliviar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar. Los cuatro convenios entraron en vigor el 21 de octubre de 1950.

El segundo de ellos, también denominado el Convenio marítimo, regula en sus sesenta y tres artículos todo lo relativo a heridos, enfermos y náufragos habidos en combate en el mar y a la protección de barcos hospitales, de establecimientos sanitarios costeros y de embarcaciones de salvamento.<sup>228</sup>

Durante los años 1974 a 1977 fue convocada por el Consejo General Suizo la Conferencia Diplomática sobre la reafirmación y desarrollo del derecho internacional humanitario aplicable a los conflictos armados y que estudio dos proyectos de Protocolos adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949.

De sus debates surgieron los Protocolos I y II, relativos a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales y no internacionales, respectivamente, así como varias Resoluciones. De éstas, la número 18 se refiere al uso de señales visuales de identificación de los transportes sanitarios y la número 19 al uso de las radiocomunicaciones para anunciar e identificar a este tipo de transportes. Ambos Protocolos fueron aprobados por la Conferencia de 8 de junio de 1977.

Respecto de la protección dispensada a las embarcaciones de salvamento, es indispensable recordar la XIV Conferencia

---

<sup>228</sup> Ángel L. Díaz del Río, "Aplicación de los Convenios de Ginebra a la protección de los barcos de salvamento de náufragos en caso de conflicto armado", Madrid, 1984



Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos (ILC), celebrada en la ciudad sueca de Goteborg, en el mes de junio de 1983, pues entre los temas tratados figuró el relativo a la protección de los barcos de salvamento de náufragos y el de las estaciones costeras fijas de salvamento, durante los periodos de conflicto armado.

Por otra parte la XIV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos, decidió nombrar un Comité compuesto por representantes de Gran Bretaña, Suecia, Estado Unidos y la Unión Soviética, para discutir con el Comité Internacional de la Cruz Roja u otra autoridad adecuada, las medidas que sería necesario tomar para proteger a los barcos de salvamento y estaciones costeras fijas de salvamento durante los periodos de conflicto armado.

Dicho grupo especial de trabajo se reunió durante los días 16 y 17 de abril de 1984 en Ginebra, excepto la Unión Soviética, así como representantes de Alemania Federal, Francia, Suiza, España, IMO, CICR y la Unión Internacional de Telecomunicaciones (ITU).

El citado grupo de trabajo adoptó las siguientes resoluciones:

1.- Indicaciones sobre la identificación visual de los barcos de salvamento y recomendaciones sobre el uso de la radiotelefonía e identificación por radar.

2.- Recomendación sobre que los barcos pertenecientes al Estado o a las sociedades de salvamento de náufragos oficialmente reconocidas, utilizados en operaciones de búsqueda y salvamento de acuerdo con el artículo 27 del

segundo Convenio de Ginebra, deben denominarse "barcos de salvamento" y no "embarcaciones costeras de salvamento", cualquiera que sea su tamaño o autonomía y que su actuación no debe limitarse a operaciones costeras de salvamento para quedar amparadas por dicho Convenio.

3.- Recomendación sobre que las tripulaciones de los barcos de salvamento, así como el personal de las instalaciones costeras fijas de salvamento, debe ser respetados y protegidas, cuando se hallen implicadas en acciones de esta naturaleza, de la misma forma en que los artículos 36 y 37 lo hacen al personal religioso y sanitario. Estas tripulaciones y personal deben, asimismo, estar autorizadas, durante las operaciones de salvamento, al uso de brazalete, tarjetas y placas de identificación a que hace referencia el artículo 42 del segundo Convenio de Ginebra.

4.- Recomendación sobre la necesidad de asegurar que las disposiciones sobre protección de los transportes sanitarios se apliquen a todos los barcos de salvamento que se utilicen, exclusivamente, en causas humanitarias.



## CAPÍTULO 4

### LOS BARCOS HOSPITALES EN LOS CONFLICTOS ARMADOS.

#### 1º) BARCOS HOSPITALES: BREVES APUNTES SOBRE EL RECONOCIMIENTO POR EL DERECHO INTERNACIONAL.

Según ha quedado hasta aquí expuesto, el barco-hospital no es una concepción reciente, como pudiera desprenderse de sus connotaciones humanitarias y de avance científico. Por el contrario, el barco-hospital, según se ha visto, es un elemento integrado en la guerra naval desde antiguo. Se recuerdan al efecto las indicaciones realizadas sobre su existencia durante el siglo XVI, y su incorporación a los conflictos marítimos por primera vez precisamente en nuestro país, con ocasión de las grandes expediciones de la época y de las Jornadas contra Inglaterra.

No obstante, y como ya se apuntara, el verdadero apoyo de estos barcos hospitales consistía en el transporte del personal y material preciso para el despliegue en tierra de un hospital de campaña con capacidad suficiente para atender a los heridos y enfermos, habidos durante la batalla, tras su desembarco. Sin embargo el hecho de que alguno de ellos contara con más de doscientas camas ilustra sobre su importancia y el interés apreciado hacia la asistencia sanitaria.

En una primera etapa de la historia los barcos hospitales tienen poco de la concepción del barco-hospital de los

últimos tiempos, siendo en realidad barcos-transporte de heridos; en ocasiones los mismos barcos que llegaban con refuerzos de tropa se empleaban, sin transformación alguna, en la repatriación de enfermos y heridos.

Al comienzo del siglo XIX, era normal que estas embarcaciones sanitarias se encontraran equipadas militarmente con cañones y con tripulación perfectamente pertrechada, al igual que los buques mercantes, lo cual se debía a que los piratas no dudaban en atacarlas. Por otra parte, dichas embarcaciones no se distinguían por ningún tipo de señal<sup>229</sup>.

Así, en la guerra de Crimea (1854-1856) donde aparecen los buques con propulsión de máquinas a vapor, se emplearon para la evacuación de heridos grandes barcos de vela remolcados por vapores en los que faltaba toda instalación, asistencia y tratamiento y en los que se hacinaban los heridos y enfermos de tal modo que la tripulación fue infectada y que durante dicho conflicto fueran arrojados al mar, a diario, entre Crimea y Constantinopla, unos doscientos muertos.<sup>230</sup>

Se debe significar que fueron transformados en barcos hospitales aquellos mercantes dedicados al transporte del hielo.

Respecto a los heridos trasladados por barco durante el primer año de guerra de 1855, se arrojaba una cifra de cien mil soldados, entre franceses e ingleses.

---

<sup>229</sup> Harald Brün. Artículo "Transportes de heridos en el mar, Ayer y Hoy". RICR.

<sup>230</sup> Francisco Pérez Cuadrado "Barcos hospitales (B.H.) Revista General de Marina, Madrid 1935

En vista de tales resultados, Francia e Inglaterra se dotaron para su campaña de China en 1856 con barcos especiales para el traslado de heridos y enfermos, adoptando barcos mercantes especialmente seleccionados que fueron adaptados, preparados y pertrechados para su misión. Entre ellos destacaron el Belle Viste, un enorme buque de vela y los vapores, Mauritius, con 212 camas, y el Melbourne, con 132. El incuestionable servicio prestado y su decidida contribución a rebajar el número de bajas en relación con otras campañas llevadas a cabo hasta la fecha, propiciando la asistencia precisa a los heridos y enfermos del combate, determinó que desde entonces hayan intervenido los barcos hospitales en los conflictos marítimos.

Así, en la guerra de Secesión americana (1860-1865) se convirtieron en barcos hospitales veinticinco mercantes, entre otros, el City of Memphis, Louisiana, Jannary, más tarde denominado Charles Mc.Dougall, Connecticut, State of Maine, Western, Metrópolis y el Warnes, los cuales llevaron a cabo el transporte de bajas por ríos y mar como procedimiento habitual toda vez que el conflicto se desarrollaba en tierras cercanas a ríos caudalosos y a la costa: el Charles Mc.Dougall condujo en 81 viajes a 23.738 heridos y enfermos; el General Warnes, 3.655 heridos en 28 viajes, el cual contenía cuatro salas para enfermos, 500 camas y 75 camarotes para el personal. A bordo iban cinco oficiales sanitarios, dos comisarios, cuarenta enfermeros y diez soldados de la reserva para el servicio de hospital. La tripulación estaba compuesta por un capitán, tres oficiales y cuarenta y siete marineros que vivían separados del hospital. El médico jefe era el máximo responsable, el capitán tenía sólo la responsabilidad de la navegación y el mando sobre sus marineros; y el Red River, barco hospital que fue construido en 1861 y se utilizó en el

Mississippi<sup>231</sup>. Durante el sitio de Petersburg (Virginia, se emplearon seis barcos hospitales con un promedio de 400 camas cada uno.<sup>232</sup>

En la guerra de Abisinia (1867), los ingleses utilizaron tres barcos mercantes transformados en barcos hospitales: el *Mauritius*, ya empleado en la campaña de China, el *Golden Fleexe* y el *Queen of South*, con capacidad entre los tres para acoger a 700 hombres; en la expedición contra los *Ashantis* (1873), se empleó el *Vittorio Emmanuele* con 140 camas dispuestas en tres filas y perfectamente equipado para su misión sanitaria.

Resulta claro por tanto que los barcos hospitales venían siendo utilizados durante los conflictos armados marítimos desde la experiencia de su utilidad y desde la conciencia de la obligación de asistir a los heridos y enfermos que lo eran como consecuencia de los combates llevados a cabo en beneficio de su país.

Este acometimiento de protección a las bajas de la guerra marítima llevado a cabo de facto por determinadas naciones durante sus conflictos armados, demostraba la existencia de una sensibilidad hacia la prestación de atención sanitaria de los heridos y enfermos durante el combate, bien por razones humanitarias, bien por razones de utilidad asentadas en la necesidad de que las tropas fueran de nuevo operativas en el menor tiempo posible, y supondría el embrión para el acometimiento de su posterior regulación.

Esta sensibilidad por procurar protección al herido y enfermo durante la guerra fue especialmente acusada por el

---

<sup>231</sup> H.Brün, artículo ya citado.

<sup>232</sup> Francisco Pérez Cuadrado "Barcos hospitales (B.H.) Revista General de Marina, Madrid 1935

suizo Henri Dunant el cual, tras la visión de los campos de campaña inmediatamente después de acaecida la batalla de Solferino, se plantea la inmediatez en abordar el socorro y asistencia a los que en combate caen heridos y enfermos y funda la Cruz Roja, semilla a partir de la que surge y cristaliza, tras la Conferencia internacional celebrada en Ginebra en 1864, en la que se reunieron representantes de dieciséis países europeos, entre ellos España, el Convenio de Ginebra de 1864, origen de todos los sucesivos de este nombre por el que se consagró el principio del auxilio desinteresado, prestado sin discriminación alguna al soldado herido o enfermo, que pasaba a convertirse de combatiente a indefenso, y se impulsó el fomento del derecho internacional humanitario, con el objeto de regular al máximo los conflictos armados.

Este primer Convenio de Ginebra no incluía la protección a los heridos y enfermos de la guerra marítima. Por ello, la Conferencia Diplomática reunida en Ginebra el año 1868 procuró paliar esta ausencia y elaboró las primeras disposiciones para adaptar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra de 1864. Tal Convenio no fue ratificado, pero se convirtió, más tarde, tras algunas modificaciones en el Convenio de La Haya de 1899 y, aun después, en el X Convenio de La Haya de 1907. No obstante la falta de ratificación del protocolo de 5 de octubre de 1868, lo cierto es que el mismo fue acatado con ocasión de la guerra de España con Estados Unidos, a instancias del Gobierno suizo, publicándose la Real Orden de 24 de abril de 1898, que declaraba la observancia obligatoria de aquellos acuerdos. Por su parte, el Convenio celebrado en La Haya el 18 de octubre de 1907 con objeto de revisar el de 29 de julio de 1899 en lo relativo a la guerra marítima,



fue ratificado por España, y el acta de ratificación depositada en La Haya, el 18 de marzo de 1913.

La Conferencia de La Haya de 1907 adaptó a la guerra marítima los principios de la Convención de Ginebra, y en sus artículos ya se encuentra determinado lo relativo a barcos hospitales y a la condición de los heridos en la guerra naval.

En estas Convenciones se distingue en el trato de la guerra marítima entre barcos hospitales militares y barcos hospitales equipados por Sociedades de socorros oficialmente reconocidas y, según su carácter, se regulan los requisitos que deben reunir unos y otros y su condición jurídica.

En la Convención de La Haya se admite la posibilidad de que los barcos hospitales sean equipados por particulares o Sociedades de países neutrales, ampliando así el sentido del Convenio precedente de 1899 en el que sólo se incluían las Sociedades y particulares pertenecientes a uno de los países beligerantes.<sup>233</sup>

El afán de evitar males mayores e innecesarios en las guerras y los sentimientos de carácter humanitario procuraron la eficacia de estos acuerdos destinados a aliviar la suerte de los heridos, de modo que los artículos votados en Ginebra ejercieron inmediata influencia y pronto fueron aplicados en las guerras que se desarrollaron a partir de aquella fecha.

---

<sup>233</sup> Jaime Salva, "Los barcos hospitales según el Derecho Internacional y la Legislación española". Revista General de la Marina. Madrid, 1927

El artículo primero de la Convención de La Haya se refiere a los barcos hospitales militares y los define como "los barcos contruidos o arreglados por los Estados especial y únicamente con la mira de prestar socorros a los heridos, enfermos y náufragos...". Parecería deducirse de la letra del precepto que es la circunstancia de ser contruidos o equipados por un Estado el requisito para ser definido como militar. Sin embargo, para que un buque tenga la consideración de militar es necesario que concurren las circunstancias de ser propiedad del Estado, izar pabellón militar y estar bajo las órdenes de personal de la Armada. Este es el criterio sustentado desde el Instituto de Derecho Internacional y así lo expresaba el Manual de las leyes de la guerra marítima, votado en la sesión de Oxford en agosto de 1913.<sup>234</sup>

De este modo, los barcos hospitales denominados militares por la Convención deben, para tener ese carácter, no sólo ser contruidos o dotados por un Estado sino que también deben izar pabellón militar y llevar dotación de la Marina de guerra, condiciones sin las que no podría ostentar la extraterritorialidad, ni le serían de aplicación las disposiciones de la Convención. No obstante estos requisitos, su misión es exclusivamente pacífica y humanitaria y aunque calificados como militares por su dependencia de la Marina de guerra de un país, su finalidad no responde a objetivos militares de ninguna clase y no pueden destinarse a ningún fin distinto del exclusivo de asistencia sanitaria a los heridos, enfermos y náufragos de las guerras marítimas.

---

<sup>234</sup> Jaime Salva, "Los barcos hospitales según el Derecho Internacional y la Legislación española". Revista General de la Marina. Madrid, 1927

Es consustancial a la guerra marítima el derecho de presa. Sin embargo, están expresamente exceptuados de captura los barcos hospitales que no podrán ser aprehendidos ni embargados mientras duren las hostilidades. La excepción se extiende igualmente a sus embarcaciones menores. A fin de asegurar este respeto y deber recíproco de los Estados beligerantes, estos tienen que comunicarse mutuamente y con anterioridad los nombres de los barcos hospitales que pretendan utilizar. Para asegurar el respeto a estas embarcaciones el Convenio acuerda los signos externos que deben ser ostentados a fin de su reconocimiento: pintura exterior blanca, con una banda verde, de metro y medio de ancho y, junto al pabellón nacional irá izado el pabellón blanco con cruz roja, distintivo adoptado en Ginebra. El Convenio adicional de 1868, antes citado, establecía sin embargo que "los barcos hospitales militares continuarían sujetos a las leyes de la guerra en lo que respecta al material y, por consiguiente serán propiedad del apresador, pero éste no podrá separarlos del servicio especial mientras dure la guerra". El Convenio de La Haya de 1907 estableció por el contrario, y según ha quedado expuesto, el principio hoy vigente de que los barcos hospitales no pueden ser capturados mientras duren las hostilidades.<sup>235</sup>

Otra figura jurídica consustancial a la guerra marítima es el derecho de visita. Este es el medio de comprobar que los barcos neutrales cumplen sus deberes como tales y por tanto no portan contrabando de guerra ni violan el bloqueo. Los barcos de guerra se exceptúan del derecho de visita por cuanto su carácter es militar y su nacionalidad es conocida por su pabellón. Los barcos hospitales militares de un país sí están sujetos al derecho de visita, la cual tiene por

---

<sup>235</sup> Jaime Salva, "Los barcos hospitales según el Derecho Internacional y la Legislación española". Revista General de la Marina. Madrid, 1927

objeto advenir que su destino es el de asistir a los heridos, enfermos y náufragos y que no tienen ningún otro distinto de aquél. Igualmente podrá imponérseles un rumbo determinado y hasta poner a bordo un comisario. Así se preceptúa expresamente en el artículo cuarto de la Convención del La Haya de 1907. En cuanto a su permanencia en puertos neutrales, existiendo la prohibición respecto de barcos de guerra, sobre ésta se prevé la salvedad para los barcos hospitales.<sup>236</sup>

Por su parte, los barcos hospitales equipados por particulares o Sociedades de socorro oficialmente reconocidas están protegidos con previsiones análogas a las establecidas para los barcos hospitales militares. Así están igualmente exentos de captura bajo la condición de que la potencia beligerante de la que dependan les haya dotado de una comisión oficial y hayan sido notificados sus nombres, antes de empezar a prestar servicios, a la otra u otras potencias participantes en el conflicto. También se les requiere un documento en el que se declare que han estado sometidos a vigilancia e inspección durante su dotación.

Los barcos hospitales equipados por Sociedades de socorro de países neutrales disfrutan de las mismas exenciones y derechos que los anteriores siempre y cuando cuenten con el asentimiento de su Gobierno y se pongan bajo la dirección de uno de los beligerantes, que deberá comunicar su nombre al adversario.

Todos estos barcos hospitales se distinguen exteriormente por su pintura blanca y su faja horizontal roja de metro y

---

<sup>236</sup> Jaime Salva, "Los barcos hospitales según el Derecho Internacional y la Legislación española". Revista General de la Marina. Madrid, 1927

medio de ancho y si son pertenecientes a una nación neutral deben enarbolar, su pabellón, el blanco con cruz roja y el de la nación beligerante bajo cuyas ordenes prestan el servicio, izándolo en el palo de popa. A todos les son de aplicación la posible detención e imposición de rumbo y de un comisario por el otro beligerante y están asimismo sujetos al derecho de visita.<sup>237</sup>

La protección dispensada a los barcos hospitales se fundamenta en la misión humanitaria que se les encomienda, ajena a toda finalidad militar. Por ello tiene su límite en la misma razón en la que se basa esta protección, no pudiendo invocar el respeto a que son acreedores si se les destinara a otros fines o se utilizaran para hostigar al enemigo. Sin embargo, esto no supone la prohibición absoluta de llevar armamento a bordo, pero éste tiene que tener por fin exclusivamente el mantenimiento del orden y la defensa de los heridos y enfermos. Igualmente se permitía llevar una instalación radiotelegráfica.

La inviolabilidad de los barcos hospitales la extiende la Convención al personal que constituye su dotación; no así a los heridos y enfermos que en ellos se alojen pues cualquier buque de guerra podía reclamar la entrega de los heridos, enfermos o náufragos a bordo de los barcos hospitales, tanto si son militares como particulares, y retenerlos como prisioneros de guerra para evitar que volvieran a tomar las armas contra el captor.<sup>238</sup>

---

<sup>237</sup> Jaime Salva, "Los barcos hospitales según el Derecho Internacional y la Legislación española". Revista General de la Marina. Madrid, 1927

<sup>238</sup> Jaime Salva, "Los barcos hospitales según el Derecho Internacional y la Legislación española". Revista General de la Marina. Madrid, 1927

Los acuerdos internacionales de que se ha hecho mención tuvieron en España una firme acogida. Los primitivos acuerdos de adaptación a la guerra marítima del Convenio de Ginebra de 1864 en el protocolo adicional de 1868 fueron, como se vio, objeto de una adaptación al derecho interno y una vez adoptados por la Conferencia de La Haya de 1899, y posteriormente refundidos, adaptados e incorporados a la Convención de La Haya de 1907, objeto de ratificación, y que constituyó el último acuerdo internacional sobre guerra marítima hasta el II Convenio de Ginebra de 1949.

El hecho de que el I Convenio de Ginebra fuera revisado en 1929 y la propia evolución en las prácticas desarrolladas en la guerra marítima, llevaron a que el Comité Internacional de la Cruz Roja se plantease un proyecto de Convenio revisado en cuya elaboración participaron expertos navales reunidos en Conferencia, en 1937. Dicho proyecto fue completado desde 1945, teniendo en cuenta las experiencias dimanadas de la Segunda Guerra Mundial, y sirvió de base para los trabajos de la Conferencia Diplomática de 1949. El II Convenio de Ginebra, de 12 de agosto de 1949, para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar, es una prolongación del Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, cuyas disposiciones se adaptan a la guerra marítima. Este nuevo Convenio marítimo contiene 63 artículos, en tanto que el Convenio de La Haya de 1907 sólo tenía 28. Las materias del Convenio marítimo se adaptan a las contenidas en el Convenio terrestre con gran paralelismo y resulta en sí mismo un Convenio completo. Es en el capítulo III en el que se trata de un tema eminentemente particular de la guerra marítima: los barcos hospitales y otras embarcaciones de

socorro; el capítulo IV se refiere al personal sanitario y a la tripulación de los barcos hospitales y el capítulo V versa sobre transportes sanitarios a los que corresponde lo estipulado en el I Convenio o Convenio terrestre.

El II Convenio de Ginebra define y regula a los barcos hospitales en sus artículos 22 y siguientes.

Es barco-hospital aquel construido o adaptado, especial y únicamente, para llevar auxilios a los heridos, enfermos y náufragos o para transportarlos y atenderlos. El barco-hospital por excelencia es aquél que atiende y cuida de los enfermos y heridos.

Los barcos hospitales pueden pertenecer a:

- Cualquiera de las partes contendientes. En estos casos izarán el pabellón de la parte correspondiente y en el palo mayor, el pabellón de la Cruz Roja Internacional (art. 43).

- Sociedades nacionales de la Cruz Roja, siempre y cuando dependan de una de las partes contendientes y sean portadores de un documento en el que la autoridad competente certifique que ha estado sometido a su fiscalización durante su aparejo y salida (art. 24). Si pertenecieran a un estado neutral izarán su pabellón junto con el de la parte contendiente bajo cuya dirección se hallen colocados (art. 43), además de la bandera de la Cruz Roja en el mismo lugar que en el caso anterior.

- Sociedades de Socorro oficialmente reconocidas y particulares cumpliendo los mismos requisitos que se exigen para los barcos pertenecientes a las Sociedades nacionales

de la Cruz Roja y además el consentimiento previo de su propio Gobierno.

Son condiciones que deben reunir los barcos hospitales: el notificar a las partes contendientes, con diez días de antelación las características del buque: eslora, tonelaje y signos identificativos -mástiles, chimeneas, etc- (art. 22).

Para garantizar la seguridad y comodidad de los enfermos y heridos se recomienda que el desplazamiento sea superior a 2000 toneladas de registro bruto (art.26).

Deberán ir pintados de blanco en toda la superficie exterior y llevarán cruces rojas pintadas en los costados y superficies horizontales para garantizar su rápida identificación (art. 43).

Son limitaciones de los barcos hospitales: la exclusividad del fin sanitario, que llega al extremo de que si se trata de un barco mercante dedicado a barco-hospital no puede dedicarse a otro uso durante todas las hostilidades (art. 33).

Tienen obligación de no estorbar las maniobras de los combatientes (art. 30).

Sobre ellos recae la prohibición de utilizar códigos secretos en sus transmisiones (art. 43).

Se impone sobre ellos, como ya se viera en Convenciones precedentes, el derecho de visita (art. 31) que faculta a las partes contendientes para: ordenar que se alejen de una zona, imponerles una derrota determinada, regular el uso de



sus estaciones radio y otros medios de comunicación; situar a bordo un comisario que vigile el cumplimiento de las órdenes dadas y retenerlos, por un tiempo máximo de siete días, en aquellos casos en que su gravedad así lo requiera.

La protección dispensada a los barcos hospitales se traduce en que no pueden ser atacados ni apresados (art.22); en todo tiempo serán respetados y protegidos (art. 22); si se encontrasen en un puerto que cayera en poder del enemigo, quedará autorizado a abandonarlo(art.29); su trato no estará asimilado a los barcos de guerra en lo relativo a su estancia en puertos neutrales (art. 32); el personal religioso, médico y de hospital de estos barcos será respetado y protegido y no podrá ser capturado haya o no heridos a bordo (art. 36).

## **2º) TIPOS DE BARCOS HOSPITALES. EVOLUCIÓN.**

Ya ha sido planteada una primera y esencial clasificación de los barcos hospitales: barcos hospitales militares y barcos hospitales particulares o fletados por Sociedades de socorro reconocidas, con su consiguiente régimen y tratamiento de protección.

Otra clasificación de los barcos hospitales obedece al planteamiento de su dotación sanitaria y puesta a punto. Esta clasificación era ya planteada a finales del siglo XIX y presentaba tres posibilidades: la construcción *ad hoc* del barco-hospital, la adaptación de un transporte hospital a

esta nueva misión y el flete de un vapor mercante adaptado a este fin.<sup>239</sup>

La construcción de un barco-hospital especialmente destinado a la asistencia de enfermos, heridos y náufragos en una guerra marítima supone sin ninguna duda la mejor alternativa desde la perspectiva de la más óptima adecuación al fin al que se destina. Su construcción se diseñará teniendo en cuenta que los pasos de enfermos no ofrezcan dificultades, que la disposición de estos se realice en el lugar más protegido, que la ubicación de las enfermerías, camas, quirófanos, salas de curas, almacén de material, farmacopea, etc., cuenten con los espacios suficientes y resulte la mas útil a su finalidad. Todas las cuestiones técnicas y científicas estarán cuidadosamente resueltas por resultar previstas, pues no en vano acometer un diseño específico de un buque que ha de dedicarse a una misión especialmente delicada y que por otra parte es previamente conocida, ha de suponer un resultado óptimo, indiscutiblemente el mejor, pues habrá partido de un estudio minucioso desde el que anticipar todas las soluciones a los problemas que se planteen. Es obvio que sin embargo esta posibilidad será la económicamente menos viable. Por ello, en principio resultará exclusivamente utilizada por aquellas naciones con un alto potencial marítimo y, durante el siglo XIX, por aquellas con posesiones coloniales.

Por su parte, estas naciones como Inglaterra, Francia y Holanda contaban con transportes hospitales utilizados en el servicio de tropas, confortables para el desplazamiento de regimientos completos, que podían ser perfectamente

---

<sup>239</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los náufragos en las guerras marítimas", Revista General de Marina. Madrid, 1895.

adaptados para los socorros a los heridos en las guerras. La modificación principal consistiría en añadir una sala de operaciones.<sup>240</sup>

El tercer medio consistente en fletar un vapor mercante con cometido sanitario tras su transformación fue la solución calificada de más útil hasta principios del siglo XX. La elección del vapor se realizaría en tiempos de paz por el Estado. La dotación de personal sería igualmente nombrada en tiempo de paz y el suministro de material podría ser efectuado por las sociedades de socorro. Estos barcos serían sometidos a maniobras para salvar a los náufragos y a maniobras para transbordar a los heridos.

Otra clasificación diferencia entre las evacuaciones por río y canales navegables y las realizadas por vía marítima, siendo muy distintas las condiciones utilizadas en una y otra. La utilización de canales, desde el punto de vista de evacuación sanitaria tiene sus ventajas y también sus inconvenientes. Las ventajas se refieren a la comodidad con la que es transportado el herido, colocado sobre un colchón y en la quietud más absoluta, condiciones excelentes para los heridos graves. El inconveniente principal es la lentitud. Las embarcaciones de motor solo pueden utilizarse en los grandes canales y en los ordinarios sólo puede navegarse a una velocidad de cuatro a seis nudos.<sup>241</sup>

Los barcos hospitales también son clasificados en quirúrgicos, médicos y combinados. Todos ellos deben participar de buenas condiciones marineras: un tamaño medio de 8.000 toneladas y una velocidad media de quince nudos.

---

<sup>240</sup> Federico Montaldo, "Socorros a los heridos y a los náufragos en las guerras marítimas", Revista General de Marina. Madrid, 1895.

<sup>241</sup> Salvador Clavijo y José Ruda, "La evacuación de enfermos y heridos por agua y aire y servicios de Sanidad en operaciones combinadas", Revista General de Marina. Madrid, 1930

El alojamiento para los enfermos debe ser confortable, concediéndose especial atención a las medidas de higiene. Las salas debían tener una capacidad de 25 a 100 camas, con no menos de seis metros cúbicos de aire por persona. Las camas debían ser movibles, no colocadas unas encima de otras ni pareadas. Los servicios de cirugía habían de instalarse en cubierta y el tanque de máquinas a popa.

El barco-hospital quirúrgico estaba definido como un barco de desplazamiento medio capaz de recibir 300 heridos de primero y segundo grado de urgencia. Tal cantidad de enfermos se consideraba que requerirían de cuatro servicios autónomos, cuatro salas de operaciones y cuatro equipos quirúrgicos. Para que la operatividad de estos barcos sea todo lo óptima que se desea resulta imprescindible que la selección de casos al embarcar se hiciera con el mayor cuidado posible, dejando para el barco-hospital médico los casos menos graves y no urgentes. Un gran ascensor realizaba el traslado de los heridos entre todas las cubiertas. Tal tipo de barcos hospitales podían funcionar como hospital fijo, regulándose el servicio a bordo como en un hospital de tierra. El médico jefe sería el responsable de esta formación sanitaria flotante, en tanto que el Comandante lo sería del mando militar del buque.<sup>242</sup>

De la experiencia de los barcos hospitales que funcionaron durante la Gran Guerra y de los estudios posteriores de algunos proyectos de barco-hospital americanos y alemanes, se extrajeron como conclusión un conjunto de datos que se revelaron como los requisitos que debía reunir un barco-hospital para merecer el nombre de tal.

---

<sup>242</sup> Salvador Clavijo y José Ruda, "La evacuación de enfermos y heridos por agua y aire y servicios de Sanidad en operaciones combinadas", Revista General de Marina. Madrid, 1930

La conclusión principal extraída tras el término de la citada conflagración fue que un barco-hospital debe ser construido ex-profeso. El tonelaje ideal fijado por los americanos era de 8.000 toneladas de peso, coincidiendo con estudios ya expuestos, lo que da una capacidad para entre 500 y 600 camas. La dotación de personal estaría fijada en unos 145 sanitarios. Los ingleses coincidían en el tonelaje hasta aquí indicado, sin embargo los alemanes lo fijaban en 5.000-6.000 toneladas, con una capacidad de 300 camas. En la velocidad coincidían casi todas las potencias, estimándose como más adecuada la de 15 a 18 nudos, suficiente para seguir una escuadra.

Por su parte el casco debía ser de acero, de gran altura de borda para evitar embarque de agua durante la navegación. Los americanos fijaban como eslora ideal 132 metros y como manga 16-18 y 8 metros de puntal. Las portas y portalones debían ser especialmente anchos para permitir el paso de heridos y enfermos en camillas.

El barco-hospital debía tener cuatro o cinco cubiertas, una volante, la cubierta propiamente dicha y dos o tres habitables. Las dos cubiertas más altas deben tener galerías lateralizadas para estancia de convalecientes. La comunicación entre ellas se realizaba por escotillas y ascensores. La cubierta se dotaría de abundantes botes de remo, motor y botes ambulancias.

Máquinas y calderas deben estar completamente a popa con objeto de dejar libre el paso hasta la proa y alejar lo más posible el calor y la suciedad de las máquinas.

Irían dotados además de los alojamientos del personal sanitario, separado de los enfermos, de cocina, panadería,

cámara frigorífica, etc., y por supuesto de salas de enfermos, farmacia, salas de operaciones, rayos X, laboratorio, etc.<sup>243</sup>

Los barcos hospitales preferibles, los mejor dotados y de mayor utilidad al fin para el que están destinados son los barcos hospitales combinados, en los que se distribuyen las dotaciones en dos grupos: el médico y el quirúrgico.

El médico comprende la sala de medicina, sala de infecciosos, desinfección, sala de autopsia, depósito de cadáveres y laboratorio de análisis. Todos estos servicios debían estar agrupados hacia popa, especialmente el depósito de cadáveres y sala de autopsias que debían estar lo más a popa posible; la sala de infecciosos debía estar en la cubierta alta, el cuarto de desinfección en las cubiertas inferiores.

El grupo quirúrgico comprendería la sala de cirugía, sala de rayos X, sala de esterilización, salas de operaciones y arsenal para guardar el instrumental.

Otra posibilidad que ofrecía este tipo de barco-hospital combinado era que, en supuestos de necesidad, por ejemplo después de un combate en donde se impone el aspecto quirúrgico, podía adaptarse con facilidad a esta circunstancia, de modo que la sala de medicina se dedicaba a quemados, la de infecciosos a lesionados por gases y la de cirugía a otro heridos de modo que así se recogían ordenadamente los tres tipos de bajas de los combates navales. Se consideró por tanto a este tipo de barco-hospitales el ideal.

---

<sup>243</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)", Revista General de Marina. Madrid, 1935

Respecto del personal del barco-hospital, el director debe ser un teniente-coronel médico, residiendo en él la organización del barco-hospital. Al frente del grupo médico estaría un Comandante médico especialista en medicina general y al frente del grupo quirúrgico un Comandante médico especialista en cirugía. Cada comandante contaría con un capitán. A bordo embarcarían también un comandante o capitán médico para hacerse cargo del equipo de radiografía, un farmacéutico y un capellán. Por su parte el personal de máquinas y de navegación sería de la marina mercante y ello porque oficiales de guerra prestando servicio a bordo de un barco-hospital es considerado una violación a las Convenciones internacionales y podría dar lugar a justificar un ataque enemigo.<sup>244</sup>

Todas estas consideraciones suponían una evolución en la apreciación de los tipos de barcos hospitales, pues con ella se pasaba de una exclusión manifiesta, que operó durante la segunda mitad del siglo XIX, tiempo en el que se entendía como la mejor opción la adaptación de barcos de transporte militar y la transformación de barcos mercantes, a una abierta defensa de la construcción de barcos hospitales, como mejor alternativa a la prestación del servicio de socorro y asistencia a heridos, enfermos y naufragos en la guerra marítima.

Se señalaron como ventajas del barco-hospital construido ex profeso, la posibilidad de reducir las instalaciones sanitarias de los barcos combatientes, suprimiendo por ejemplo la zona de rayos X, la más costosa, y procurando más espacio para armamento y desenvolvimiento de la tropa,

---

<sup>244</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)", Revista General de Marina. Madrid, 1935

la mejora de la dotación médica, mucho más especializada que la del buque de guerra, y en consonancia la mejor atención del herido. Resulta también especialmente interesante la ventaja que supone que el hospital acompañe a la escuadra, pues en caso de una epidemia la pronta evacuación al barco-hospital redundará en un menor contagio de la tripulación, evitándose bajas en las dotaciones de tropa.

Finalmente se consideró que el mantener un barco-hospital durante la paz procuraba un entrenamiento y experiencia impagables en el momento de las hostilidades y si éstas se iniciaban por mar evitaba la imposibilidad de dotar a tiempo cualquier buque mercante al efecto. Teniendo en cuenta estas circunstancias, varias naciones mantuvieron en tiempo de paz barcos hospitales con posterioridad a la Primera Guerra Mundial, así Italia, el Regina d'Italia; Inglaterra, el Maine y Norteamérica el Relief y posteriormente el Solace. No obstante, poseer barcos hospitales habilitados desde los tiempos de paz es también necesario tener realizados estudios para la posibilidad de transformar mercantes, pues la guerra puede exigir tener un número elevado de ellos.<sup>245</sup>

Para la elección del barco mercante que había de ser transformado en barco-hospital debían tenerse en cuenta todas las características que hasta aquí han sido consideradas como óptimas en relación con el tonelaje, velocidad, distribución, etc. No obstante siempre serán objeto de transformación abriéndose nuevos portillos y portas laterales para paso de enfermos, añadiéndoseles

---

<sup>245</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina, Madrid, 1935.



aseos, rehabilitando salas, etc. En general los barcos que mejor sirven a este cometido son los transatlánticos.

En agosto de 1914, al comenzar la Primera Guerra Mundial, la convicción de los alemanes de ser atacados por escuadra inglesa determinó que el Almirantazgo alemán preparase cuatro grandes mercantes como barcos hospitales en diez días.

Por su parte, Inglaterra, a los cuatro días de la orden de movilización había transformado tres trasatlánticos en barcos hospitales perfectamente dotados de personal y material; tres semanas después seis mercantes más estaban igualmente convertidos en barcos-hospital.

La rápida transformación de mercantes en barcos hospitales obedece a una previa organización acometida en tiempos de paz. La elección de los mercantes debe tenerse prevista desde antes del inicio de las hostilidades, incluso con la posibilidad de prever la construcción de los mercantes con la perspectiva y desde un plano que permitan su posterior transformación en barcos hospitales. Por su parte el material médico-quirúrgico de que deben estar dotados estos barcos estaría almacenado en reserva en los hospitales de Marina. Además en las maniobras navales debe estar prevista la transformación de un mercante en barco-hospital.<sup>246</sup>

Cuestiones igualmente importantes a tener previstas en relación con las dotaciones de barcos hospitales son el cálculo de los enfermos y heridos que caben en un barco-hospital y el número de barcos hospitales que serán necesarios.

---

<sup>246</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina, Madrid, 1935.

El cálculo del número de enfermos que pueden ser atendidos en un barco-hospital parte del tonelaje del barco. Durante el primer tercio de siglo, se entendía que las máquinas y los alojamientos de dotación comprenden el 40% del buque. Del otro 60% destinado a hospital, el 10% tenía como fin las salas de operaciones, rayos X, laboratorio, etc. por lo que para enfermos y heridos quedaba un 50% del buque y el número de enfermos que en esta capacidad podía tener lugar dependía del volumen que cada nación pretendiera destinar por enfermo. Así, estudios alemanes concedían a los enfermos una tonelada y media y estudios ingleses estimaban en dos toneladas y media la concesión por cama.

El cálculo del número de barcos hospitales necesarios durante los combates habidos durante la Segunda Guerra Mundial se realizó tomando como referencia el número de heridos habidos durante la guerra ruso-japonesa, que arrojó un número de heridos de un 20% de la dotación total y durante la batalla de Jutlandia, con un 10%, lo que aportó un promedio de un 15% de número de heridos.<sup>247</sup>

Por su parte el resultado de los heridos habidos durante la última contienda mundial, parámetro para el cálculo del apoyo sanitario a prestar para siguientes contiendas, fue estimado por la Armada de los Estados Unidos, a tenor de la capacidad de destrucción de los sistemas de armas enemigos y del diseño y materiales empleados en la construcción de sus naves, del siguiente modo: un sólo impacto de misil en una de sus fragatas de la clase Perry ocasionaría un número aproximado de heridos de entre 46 y 76.

---

<sup>247</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina, Madrid, 1935.

Estas predicciones, que son imprescindibles para el planteamiento del apoyo médico necesario, pueden no obstante variar bastante de lo predicho. Esto sucedió en el caso del Stark que, después de recibir dos impactos de misil durante sus actividades en el Golfo Pérsico, tuvo como bajas 37 heridos. Por tanto, los modelos de predicción de bajas en combate varían en función de las circunstancias pero es lo cierto que como factores más importantes para calcularlos son tomados en la actualidad los materiales empleados en la construcción del buque, los sistemas de armas que tiene instalados, los sistemas de armas enemigos y los escenarios en que se vayan a desarrollar los combates pues no son iguales las consecuencias de un naufragio en aguas del Trópico que en las frías aguas del Atlántico.<sup>248</sup>

En la actualidad apenas existen marinas de guerra de las que pueda predicarse la existencia de embarcaciones construidas ex profeso y registradas como barco-hospital en la Lista Oficial de barcos de determinado país. Tal hecho resulta eminentemente muy costoso para cualquier presupuesto de defensa, y en este caso se encuentran en la actualidad tan sólo los Estados Unidos, que habiéndolos eliminado de su Lista Oficial en el pasado, recientemente se han decantado por la utilización de barcos hospitales contruidos para este cometido con carácter estable. En la actualidad disponen de dos unidades, USNS "Mercy" y el USNS "Confort", que entraron en servicio en 1985 y 1987, respectivamente. Con 268 metros de eslora, disponen de doce grandes quirófanos con veinte unidades de reanimación y 80 camas de cuidados intensivos. Su dotación la componen 70 personas para la maniobra y 1.232 médicos y auxiliares para la atención de sus mil camas. Cuentan con TAC y servicio de

---

<sup>248</sup> Francisco Obrador Será, "Apoyo médico a las actividades de las fuerzas navales". Revista General de Marina. Madrid, 1993

radiodiagnóstico. Estas unidades disponen de una dotación reducida de cuarenta médicos y sanitarios que se encargan de su mantenimiento durante su permanencia en puerto, de modo que en caso de emergencia el barco pueda estar operativo en un tiempo inferior a cinco días, tiempo en el que tendrá que incorporarse el resto de la dotación. El coste de la inversión se estimó en unos quinientos millones de dólares.<sup>249</sup>

No obstante ser Estados Unidos la única nación con barcos hospitales contruidos especialmente a este fin, el resto de estados tienen respuestas adecuadas para la atención sanitaria naval, basadas principalmente en la habilitación de barcos mercantes de pasajeros al efecto. Las características que deben reunir estos barcos a fin de ser utilizados para estas misiones son: gran facilidad para la recepción de bajas, siendo imprescindible la habilitación en cubierta de un espacio para su utilización por helicópteros; debe contar con más de un quirófano de manera que permita la actuación simultanea de al menos dos equipos quirúrgicos; es necesaria una unidad de cuidados intensivos, rayos X y laboratorio; un sistema, preferentemente informatizado, para la recepción y tratamiento de datos referidos a las bajas y una red de comunicaciones que garantice el enlace entre los distintos eslabones de la cadena de evacuación y la retaguardia.<sup>250</sup>

Para el supuesto de habilitación de barcos mercantes como barcos hospitales es preciso establecer los barcos mercantes concretos que será preciso utilizar. Es necesario

---

<sup>249</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y Evolucion", Bazan. Madrid, 1995

<sup>250</sup> Manuel Gracia Rivas, "I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad organizadas por el Ministerio de Defensa y Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985

que exista un detallado plan de las obras de adaptación necesarias y el arsenal en que serán realizadas.

Por su parte el material quirúrgico es preciso que se encuentre perfectamente estibado en contenedores específicos para cada actuación. Los equipos de personal sanitario deben ser movilizables en caso de emergencia, lo que atiende a una organización previamente establecida puesto que no existe una dotación específica para el barco-hospital sino que el personal del que finalmente se nutrirá tiene sus destinos al margen del barco-hospital. La actuación de estos barcos hospitales se basa en la ejecución de ejercicios de entrenamiento sanitario realizados periódicamente.<sup>251</sup>

### **3º) MODUS OPERANDI DEL BARCO-HOSPITAL**

En la prestación de los servicios sanitarios en el combate naval se distinguen tres fases: antes del combate, durante el combate y después del combate<sup>252</sup>.

#### **3.1. FASES:**

##### **3.1.1. Antes del combate:**

La labor del barco-hospital antes del combate comprende la retirada de los barcos combatientes de todo aquel personal que se halle enfermo o herido. Esta primera misión es ya un

---

<sup>251</sup> Manuel Gracia Rivas, "I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad organizadas por el Ministerio de Defensa y Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985

<sup>252</sup> Francisco Pérez Cuadrado. Barcos hospitales (BH) Revista General de Marina. Madrid, 1935.

argumento para legitimar la necesidad de un barco-hospital que acompañe a la escuadra, pues la evacuación de enfermos resulta beneficiosa no sólo para evitar posibles epidemias sino para dejar operativas las enfermerías ante el próximo combate.

### **3.1.2. Durante el combate:**

Son pautas prácticas, establecidas al efecto de regular el comportamiento de los barcos hospitales mientras se desarrolla la batalla, las siguientes:

Los barcos hospitales no deben entorpecer el combate. Ningún comandante podrá garantizar, ni siquiera tener en cuenta, la seguridad de un barco-hospital al realizar maniobras con su barco o con la escuadra, el barco-hospital queda por tanto obligado por sí mismo a mantenerse completamente fuera de la línea de fuego.

No puede, bajo ningún concepto, evacuar heridos de los barcos de guerra mientras tiene lugar el combate. La labor de asistencia sanitaria a los enfermos y heridos durante el combate naval está dentro de los propios barcos de guerra. En ellos se establecen las enfermerías de combate, principal y auxiliares. La principal misión de los médicos de los barcos de guerra es la cura de urgencia y la organización de la evacuación.

### **3.1.3. Después del combate:**

Debe llevarse a cabo la rápida evacuación de los heridos al barco-hospital, preferiblemente entre las veinticuatro y las treinta y seis horas posteriores al encuentro. Una rápida evacuación es tan importante para los heridos como para el éxito de la flota en nuevas hostilidades. La

maniobra de evacuación es por tanto crucial. Para realizarla acuden los barcos hospitales hacia los barcos de guerra, toda la maniobra debe realizarla el personal y con el material de los barcos hospitales: al personal del buque de guerra tras el combate sólo puede exigírsele la organización de la entrega de heridos. El material del buque de guerra tras la batalla ha de suponerse, cuando menos, deteriorado.

### **3.2. MODOS DE EVACUACIÓN:**

La evacuación se realizará mediante botes-ambulancias, de regular tamaño, muy marineras, con suficiente espacio en su interior para varios cois o camillas, que recogerán los heridos de cada buque y los trasladaran a los barcos hospitales, en viajes continuos e ininterrumpidos, hasta la finalización de la evacuación de todos los heridos.<sup>253</sup>

Durante la Primera Guerra Mundial los ingleses adoptaron el sistema de evacuar a los heridos en su coi, con él seguían al bote, al barco-hospital y al hospital-base donde se cambiaba por la cama; cada eslabón de la cadena de evacuación tenía cois limpios vacíos que daban por cada enfermo, una vez entregado el suyo. Por este procedimiento cada unidad estaba automáticamente lista para efectuar un servicio inmediatamente de haber terminado otro siendo los hospitales de base los que se encargaban de todos los cois que circulaban a través de todo el sistema de evacuación hasta y desde los barcos, de su limpieza y repuesto.

Para la evacuación de los heridos en los botes y después para su embarque en los barcos hospitales, se emplean las

---

<sup>253</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina, Madrid, 1935.

escalas, los pescantes, las grúas portalones de carga especial de los barcos hospitales, el izamiento del buque-ambulancia, cargándolo y descargándolo en cubierta, el "stokes", que funciona de un barco a otro como un ferrocarril aéreo.

Una vez evacuados los heridos al barco-hospital éste partirá hacia el hospital-base, realizando durante el viaje todas las operaciones quirúrgicas necesarias. Una vez evacuados los heridos en el hospital-base, volverá a unirse a la escuadra.

Por otra parte y según el tipo de operación militar y su duración, el barco-hospital actuará como hospital de evacuación o como hospital-base. Así, actúa de hospital de evacuación cuando se prevé la continuación próxima de las operaciones militares y en casos de epidemias, a fin de que no se provoque la congestión de los barcos hospitales. Por el contrario, cuando las operaciones militares están paralizadas, el barco-hospital hace el papel de hospital-base.<sup>254</sup>

### **3.3. REGULACIÓN:**

3.3.1. La primera reglamentación que se dicta respecto de la organización del personal a bordo de los barcos hospitales, son las "Instrucciones relativas al servicio sanitario a bordo de los barcos hospitales y al personal militarizado" de 6 de octubre de 1915, dictadas por el Ministro de Marina de la Republica francesa. Del texto interesa destacar:

---

<sup>254</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina, Madrid, 1935.



"Artículo 1: El médico de superior categoría, o el más antiguo a igualdad de ésta, desempeñará las funciones de médico jefe. El personal médico-farmacéutico, el eclesiástico, los enfermeros y los mayordomos puestos a su disposición, así como los enfermos, heridos y convalecientes, quedarán sujetos, en tal concepto, a su autoridad."

"Artículo 2: El médico jefe estará encargado de la dirección del servicio sanitario, de la organización de las instalaciones de esta índole y de la policía de los locales destinados al servicio de los enfermos. Tomará, de acuerdo con el comandante, todas las medidas higiénicas que considerare necesarias no sólo en los parajes reservados a los enfermos y a los heridos, sino también en todas las demás partes del barco. Si el acuerdo no pudiera establecerse, el médico jefe consignará en un registro *ad hoc* sus peticiones, fundamentándolas, y el comandante hará constar en el mismo los motivos por los cuales no ha creído posible satisfacerlas"

"Artículo 6: A bordo de un barco-hospital todo deberá tender a un solo fin: el bien del enfermo. En estas condiciones, el papel del personal sanitario es naturalmente preponderante, y si el comandante es responsable de la marcha y de la seguridad de la nave, así como de la disciplina a bordo, debe también observar, por razón del carácter especial del buque, una regla de conducta que es necesario precisar. No se inmiscuirá en nada del servicio dependiente del médico jefe, cuya única responsabilidad es de éste, salvo en el caso en que por él fuera invitado a ello a fin de obtener su cooperación en bien del servicio. Tampoco ejercerá acción alguna sobre el personal colocado bajo la autoridad del médico jefe, fuera

de los casos derivados de una absoluta necesidad de la disciplina general, de la navegación o de la seguridad del barco.

Los enfermos y convalecientes no podrán ser objeto de traslado alguno sin autorización expresa del médico jefe, encargado y único responsable de las evacuaciones. El médico jefe y el comandante recibirán, respectivamente, por conducto de las autoridades encargadas de regular la repatriación de los heridos y de los enfermos en los diferentes puertos designados al efecto, las indicaciones necesarias. Ambos se pondrán de acuerdo en las horas de partida. El comandante tendrá al corriente al médico jefe de las horas probables de las entradas en puerto.

El médico jefe indicará al comandante durante la travesía, atendiendo al bienestar de los enfermos y heridos, la necesidad de modificar el régimen de marcha. Si el comandante estimara que las circunstancias de la navegación no lo permitieran, lo hará constar en el cuadernillo de bitácora y dará cuenta en el parte de campaña correspondiente, exponiendo las razones de su decisión.<sup>255</sup>

3.3.2. En la actualidad la metodología empleada para definir las necesidades y la organización del apoyo médico naval consiste en utilizar un planeamiento de factores originados en varias fuentes. Estos factores son:

-la Directiva de Defensa Nacional o documento similar, el que se determinan entre otras cuestiones el estudio de los distintos escenarios bélicos y las políticas a seguir para la evacuación y tratamiento de los heridos.

---

<sup>255</sup> Arturo Armada, "Del tiempo de la guerra. El barco-hospital". Revista General de Marina, Madrid, 1921

-los planes de movilización nacional de recursos basados en la legislación vigente,

-los planes de movilización de la Armada en los que se indican las proporciones de las bajas probables, su asistencia y las posibilidades de reemplazarlas.

### **3.4. MEDIOS PERSONALES:**

Los oficiales responsables del planeamiento de actividades bélicas en el mar tienen que calcular las necesidades de apoyo médico, contando las de personal médico y sanitario, instalaciones de tratamiento y medios de evacuación para las subzonas de vanguardia (barcos hospitales) y de retaguardia (hospitales-base) del territorio nacional y de los países aliados. Estos oficiales utilizan, para estos cálculos, módulos de planeamiento de apoyo médico elaborados por las secciones de operaciones conjuntas de las Juntas de Jefes de Estado Mayor u organismos similares de las fuerzas armadas de una nación. La información de tales módulos sirve para concretar las necesidades de apoyo médico para determinadas actividades bélicas en el mar, para poder identificar las carencias en apoyo médico de que adolecen y subsanarlas, en lo posible, antes de iniciar las operaciones. Estos oficiales utilizan estimaciones de reabastecimientos para elaborar calendarios de carga y transporte de material médico y sanitario al teatro de las operaciones navales.

La negociación, previa a la apertura de hostilidades, de acuerdos de tratamiento médico y evacuación de bajas, puede autorizar el establecimiento de instalaciones médicas en países extranjeros o la inclusión de bajas navales propias en sistemas de apoyo médico foráneos y así reforzar el

apoyo médico propio a unidades navales de superficie, desplegadas en ámbitos lejanos y aislados.<sup>256</sup>

#### **4º) PRINCIPALES BARCOS HOSPITALES DURANTE LOS CONFLICTOS ARMADOS A PARTIR DE 1864.**

Ya se han indicado, con ocasión de la exposición de la utilización de auténticos barcos hospitales con anterioridad a la Convención de Ginebra, los barcos hospitales utilizados durante la campaña de China de 1856, la guerra de Sucesión norteamericana y la guerra de Abisinia.

A continuación se expondrán los barcos hospitales participantes en las conflagraciones, campañas y expediciones marítimas habidas con posterioridad.

En 1873, los holandeses emplearon en su campaña contra Sumatra los mercantes transformados en barcos hospitales, "Cosmopoliet", "Baron-Bentineck" y "Willen II", en los que fueron realizadas operaciones sobre heridos de envergadura.

Los italianos en sus campañas nacionales acometidas en 1866, utilizaron como barcos hospitales, el "Washington" y el "Rosolino Pilo".

Los alemanes, en su expedición internacional a China en 1899, organizaron tres barcos hospitales: el "Gera", el "Wittekind" y el "Savoia".

---

<sup>256</sup> Francisco Obrador Será, "Apoyo médico a las actividades de las fuerzas navales". Revista General de Marina. Madrid, 1993

Estos buques se utilizaron por primera vez en Asia entre 1900 y 1901. El Savoia fue remodelado en Yokohama de acuerdo con las instrucciones del Comandante Dr. Koch, Jefe de Médicos de la Marina alemana. Se le añadió un motor de vapor con el que realizó cuatro viajes entre agosto de 1900 y marzo de 1901 entre Japón y Takureede. El buque transportaba 4500 toneladas brutas y se desplazaba a 12 nudos. Había pertenecido a la línea Hamburgo-América y se utilizó fundamentalmente como barco de transporte. Tras las modificaciones pertinentes, el buque estaba compuesto por 14 camas para oficiales y 89 para la tripulación, la cubierta de en medio estaba destinada para los enfermos y para el personal que les atendía. Los huecos de carga servían como respiraderos, ya que estaban dotados de unas ventanas portátiles. Una escalera cómoda servía para el transporte de heridos y enfermos. Los heridos graves eran introducidos a través de los huecos de carga con una grúa. Cada habitación de enfermos estaba dotada con dos bañeras, una para agua salada, otra para dulce. Las literas de la tripulación eran fácilmente desinfectadas<sup>257</sup>. Cabe señalar que las experiencias recogidas fueron aplicadas durante las guerras mundiales en los barcos hospitales.

Viendo su enorme utilidad los japoneses transformaron cuatro mercantes, el Hakvai-Marú, el Hosai-Marú, el "Kobe-Marú" y el "Saikio-Marú" en barcos hospitales, los cuales prestaron grandes servicios en la guerra ruso-japonesa de 1904. Por parte de los rusos intervinieron en este conflicto el "Orel" (un paquebote preparado por la Cruz Roja francesa) y el "Hazan".

---

<sup>257</sup> Artículo de Harold Brün, ya citado.

En la guerra hispano-americana entraron en acción, por el lado de los Estados Unidos, sus barcos hospitales "Relief", "Solace", "Ray State" y el "Olivette". La Cruz Roja norteamericana envió al principio al barco hospital "Moynier" de cuarenta y dos pies de eslora que transportaba cincuenta personas y cincuenta toneladas de material. Después llegaron buques de mayor tonelaje, como el "Cruz Roja" y el "Estado de Texas"<sup>258</sup>.

Italia, en la guerra contra Libia de 1912 empleó los barcos hospitales "Re" y "Regina d'Italia", "Menji" y "Regina Margherita".<sup>259</sup>

Durante la Primera Guerra Mundial muchos fueron los barcos hospitales que prestaron servicio.

En Francia fueron numerosos los barcos hospitales que prestaron servicio en la Marina Francesa. Las cifras conocidas de enfermos y heridos atendidos y evacuados a través de sus barcos hospitales ascienden a 35.000. Tales embarcaciones fueron el "Tchad" y el "Newhaven". En 1915, y para la batalla de los Dardanelos, fue preciso alistar nuevos barcos hospitales, pues sólo en ella hubo 15.000 heridos en sólo cuatro días de combate. El "Vinh-Long", el "Bien-Hoa" y el "Duguay-Trouin" y mercantes como el "Tchad" y el "Canadá", que ya prestaran servicios en Indochina, llegaron a efectuar 4.000 evacuaciones en una sola noche. En el verano de 1916 fue necesario movilizar nuevos barcos, entre los que destacaban los paquebotes "Navarre" y "France", un mercante con capacidad para 25.000 personas.

---

<sup>258</sup> Pierre Boissier. *"De Solferino a Tsushima"*. 1997.

<sup>259</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". *Revista General de Marina*. Madrid, 1935.

A bordo de estos barcos empezaron a instalarse ya bosquejos de salas de operaciones, de radiología, de hospitalización, de analítica y de farmacia. Destacaron el *Sphinx*, con 145 metros de eslora, 15.025 toneladas de peso y una velocidad de 15 nudos y el *France IV*, que en noviembre de 1915 transporta 2.500 enfermos y heridos.<sup>260</sup>

Inglaterra dispuso del "Britannic", "Premer-Castle", "Gloucester-Castle", "Dover-Castle", "Asturias", "Renwa", "Sicilia", "Soudan", "Canada", "Mauritania", "Ceylan", "Salja", "Donegal", "Lanfranc" y "Anglia".<sup>261</sup>

Italia, al entrar en la guerra, sólo tenía preparado el *Albaro*, pero a finales de 1915 tenía en acción cinco más, el *Re* y el *Regina d'Italia*, empleados en la guerra contra Libia, y el *Brasile*, el *Italia* y el *Fernandino Palasciano* (antiguo *Koenig-Albert*, mercante alemán incautado), y en 1916 habilitó el *Cordova*, el *Santa Lucia* y el *Marechiaro*. En total los barcos hospitales italianos transportaron 140.423 bajas, de las cuales murieron a bordo 436. El buque que más bajas transportó fue el *Albaro*, con 29.395 heridos y enfermos.<sup>262</sup>

Alemania empleó los barcos hospitales, *Shleswig*, *Imperator*, *Sierra Ventana*, *Hansa*, *Kelrwieder*, *Adler*, *Viola*, *Ophelia* y *Titona*<sup>263</sup>, así como el *Scharuhorst*, *Cohmnitz*, *Kassel* y *Frankfurt*, con 300 camas cada uno, transportando entre 6000

---

<sup>260</sup> Pierre Luchon, "Histoire des medecins et pharmaciens de Marine et des colonies", Toulouse, 1985.

<sup>261</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina. Madrid, 1935.

<sup>262</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina. Madrid, 1935.

<sup>263</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina. Madrid, 1935.

y 8400 toneladas, y llevando como personal sanitario a siete médicos y un farmacéutico<sup>264</sup>.

Los Estados Unidos pusieron en servicio el USS *Comfort*, el USS *Mercy* y el USS *Solace*, de 550 camas cada uno, que transportaron 3.000 heridos entre noviembre de 1918 y marzo de 1919. También resultan destacables los barcos-ambulancias que transportaban de 30 a 90 heridos en posición horizontal por los diferentes canales, evacuando hasta un total aproximado de 10.000 pacientes.<sup>265</sup>

Salvo Alemania, puede decirse que el resto de países no realizó una previa y verdadera organización de sus barcos hospitales; los fueron empleando a medida que se iban desarrollando los acontecimientos y surgían las necesidades, además de que su utilización fue fundamentalmente como planeamiento de evacuación.

Sin embargo, Alemania, nada más romperse las hostilidades, distribuyó sus barcos hospitales por toda su costa y destinó algunos de ellos para acompañar a su escuadra. Con ello creó un cordón sanitario móvil, cuyo centro era Kiel y cuya dirección residía en el Sierra Ventana. Estos barcos hospitales recogían heridos y enfermos de los submarinos y barcos aislados o pequeñas escuadras y de tiempo en tiempo los evacuaban a los hospitales-bases de tierra.<sup>266</sup>

Es interesante resaltar los pequeños barcos sanitarios, denominados "barcos hospitales de apoyo" dado que su tonelaje variaba entre las 500 y las 1200 toneladas. Estos

---

<sup>264</sup> Harold Brün, artículo ya citado.

<sup>265</sup> Pierre Luchon, "Histoire des medecins et pharmaciens de Marine et des colonies", Toulouse, 1985.

<sup>266</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina. Madrid, 1935.



eran antiguos mercantes de pasajeros o para bañistas, que tenían la misión de recoger a los heridos en un punto concreto, para transportes de puerto a puerto, prestar servicio de ayuda tras el combate y búsqueda de lugares de naufragios.

No obstante, estas embarcaciones contaban con un gran problema, no disponían de una gran velocidad, por lo que se les consideraba transportes inútiles y peligrosos, ya que tardaban mucho más tiempo en llegar a tierra con los heridos que cualquier otro barco hospital de dimensiones y desplazamiento mayores.

En un informe sanitario de la I Guerra Mundial, se concretó que dichos barcos hospitales de apoyo habían realizado un servicio adecuado cuanto actuaron en aguas protegidas, pero siendo inadecuados cuando realizaran los servicios que sólo podían ser llevados a efecto por barcos hospitales de gran desplazamiento, a bastante distancia de tierra y con mal tiempo<sup>267</sup>.

Por lo que respecta a la Segunda Guerra Mundial, cabe destacar que los Estados Unidos construyeron seis barcos hospitales: *Comfort*, *Consolation*, *Haven*, *Mercy*, *Repose* y *Sanctuary*, los cuales formaron la denominada clase *Sanctuary*. Cada embarcación desplazaba una carga de 15.226 toneladas, tenían una eslora de 158,60 metros y velocidad máxima de 18 nudos. El personal médico se componía de 50 médicos y 120 enfermeros para una capacidad hospitalaria de 750 camas. El *USS Comfort* fue víctima de un ataque suicida japonés el 28 de abril de 1945 a 80 kilómetros de Okinawa.

---

<sup>267</sup> Harold Brün, artículo ya citado.

Las bajas se elevaron a 29 muertos, 33 heridos y un desaparecido.<sup>268</sup>

Alemania, tras la derrota de la I Guerra Mundial, volvió rápidamente a surcar los mares, y en 1937 aparecen nuevas reglamentaciones para los barcos hospitales. Al comenzar la Segunda Guerra Mundial, la marina sanitaria todavía no estaba perfectamente preparada. El transporte por mar de los heridos era uno de los grandes problemas. No obstante, Alemania utilizó cerca de 90 unidades de embarcaciones de la marina para el transporte de heridos y enfermos, de las cuales diez correspondían a barcos hospitales de gran tonelaje<sup>269</sup>.

Destacan igualmente durante esta guerra, el navío canadiense *Lady Holson*, el italiano *Aquileia*, el suizo *Socrate*, los alemanes *Rka* y *Adisca*, los ingleses *Maine* y *Atlantis*, el holandés *Orange*, el francés *Chantilly* y el japonés *Hikawa Maru*.

Por último los transbordadores prestaron un buen servicio al transporte sanitario, realizando la navegación desde la playa hasta los barcos hospitales situados en alta mar.

Al final de la guerra casi todos los barcos hospitales fueron desactivados por motivos económicos, si bien algunos entraron de nuevo en servicio con ocasión de los conflictos de Corea y de Vietnam, siendo preciso activar el USS "Repose" y el USS "Sanctuary".

---

<sup>268</sup> Francisco Obrador Será, "Apoyo médico a las actividades de las fuerzas navales", Revista General de Marina, tomo 225, octubre, noviembre y diciembre de 1993

<sup>269</sup> Harold Brün, artículo ya citado.

Después de la guerra se construirá bajo los auspicios de la People Health Foundation, el *SS Hope*, financiado por la industria y ciertos ciudadanos americanos. Este buque de casco blanco se identificará con el nombre de *Hope* escrito en letras gigantes en cada costado. Nunca portó el símbolo de la Cruz Roja.

Los transportes de heridos y de enfermos en el mar durante la II Guerra Mundial superaron de manera exponencial a los que se habían realizado en la I Gran Guerra.

#### **5°) ESPECIAL MENCIÓN A LOS BARCOS HOSPITALES DURANTE LA GUERRA DE LAS MALVINAS.**

Durante la guerra de las Malvinas, conflicto bélico eminentemente marítimo, cada una de las fuerzas navales utilizó barcos hospitales. Los navíos utilizados, sin embargo, no fueron contruidos para esta misión, siendo readaptados para la misma. La Armada de la República Argentina readaptó barcos de transporte antártico, destacando el "Bahía paraíso", un buque de pasajeros adaptado en muy escaso tiempo, y la Gran Bretaña puso a su disposición tres navíos oceanográficos y el mercante "Uganda" entre otros. Estos navíos prestaron sus servicios enteramente pintados de blanco y con una cruz roja, en plena conformidad con la Segunda Convención de Ginebra de 12 de agosto de 1949 y ello aun cuando ninguno de los dos contendientes lo había ratificado. Todos estos barcos hospitales operaron en una zona previamente delimitada, de unas 20 millas de diámetro que fue respetada por los dos bandos, llegando incluso a intercambiarse médicos de los

barcos hospitales en los que eran atendidos heridos de los dos bandos.<sup>270</sup>

El mercante "Uganda" había sido oficialmente convertido en barco-hospital, de acuerdo con la Convención de Ginebra, y por ello fue requerido para dirigirse al escenario de operaciones navegando solo y sin enlace radio directo con la agrupación naval británica, para mantenerse dentro de una zona de exclusión total de operaciones bélicas, navegar dentro de la zona de exclusión a rumbos conocidos y acordados por ambos contendientes, totalmente iluminado, carecer de equipos para cifrar y descifrar mensajes, transmitiendo y recibiendo todos los mensajes en claro y para aproximarse a las Malvinas solo para recibir bajas transportadas en helicópteros.

El Reino Unido utilizó además del "Uganda", el "Hecate", el "Herald", el "Hecla" y el "Hydra". Se utilizaron además como barcos-ambulancias tres pequeños barcos de investigación oceanográfica, con capacidad para transportar de sesenta a cien heridos, hacia la etapa neutral de Montevideo desde donde se trasladaban al Reino Unido en aviones de la RAF, vía isla de Ascensión, en el Atlántico Sur. Ello permitía que los barcos hospitales quedaran listos para atender las nuevas bajas que se fueran produciendo.<sup>271</sup>

Por otra parte los barcos de transporte de tropas Canberra y Queen Elizabeth 2, de la agrupación naval británica, actuaron, en parte, como barco-hospital, pero solo de facto

---

<sup>270</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazan, Madrid, 1995 pag 224.

<sup>271</sup> Manuel Gracia Rivas, "I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad organizadas por el Ministerio de Defensa y Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985

pues sobre ellos no podía recaer la protección otorgada a los barcos hospitales, de la que parte la concepción jurídica de esta figura, toda vez que no había sido oficialmente designado como barco-hospital, lo que sin embargo aportó como ventaja el que después de atendidas las bajas médicamente en sus instalaciones pudieran volver al frente, lo que no permite la Convención de Ginebra respecto de los heridos y enfermos acogidos y tratados en un barco-hospital, respecto de los que prohíbe específicamente su incorporación o devolución al frente de combate.<sup>272</sup>

Por su parte, durante el conflicto del Golfo Pérsico de 1991, los Estados Unidos de América contaron con el USNS Mercy y el USNS Comfort, ambos viejos petroleros transformados en barcos hospitales. Éste último, de 272,50 metros de eslora, autonomía de 13.420 millas, velocidad de 17,50 nudos, plataforma para helicópteros, personal médico y de enfermería de 1.162 efectivos, tiene una capacidad de 1000 camas, dispone de farmacia, 12 salas de operaciones, 80 camas de cuidados intensivos, congelador para 3000 unidades de sangre, aparatos de microcirugía y 20.000 instrumentos médicos embarcados. Nueve ascensores permiten la circulación de un puente a otro. Una cruz roja aparece pintada sobre cada uno de sus flancos, con una altura de 8,23 metros.

Durante este siglo también destacan las misiones humanitarias, entre ellas, las acometidas en el sureste asiático, Angola, Ghana, Yemen del Norte, Madagascar, Mozambique, etc. En ellas tienen participación diversos barcos hospitales que a continuación se citan:

---

<sup>272</sup> Manuel Gracia Rivas, "I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad organizadas por el Ministerio de Defensa y Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985

El *Helgoland*, con 150 camas, una eslora de 90 metros, velocidad de 18 nudos, dotado con todo el material quirúrgico y médico necesario, una automóvil ambulancia y dispensario de campaña construido con materiales prefabricados desmontables, buque que, en 1966, el gobierno de la Alemania Federal pone a disposición de la Cruz Roja alemana.

Por su parte el *Flora*, puesto en servicio por la Cruz Roja de la Alemania Federal, en 1979, estaba dotado de sala de operaciones, rayos X, laboratorio, etc., y portaba elementos prefabricados con los que podía construirse un hospital de campaña con 210 camas, así como 20 tiendas sanitarias y 1400 tiendas para habilitar a las familias. Incluía asimismo 7 vehículos automóviles, 3 toneladas de medicamentos, 350 toneladas de alimentos, 400 toneladas de agua y una estación depuradora de agua.

El barco-hospital *HMS Britannia*, destaca por hallarse dotado con una plataforma de despegue y aterrizaje de helicópteros.

Otros tipos de embarcaciones aseguran los servicios de asistencia sanitaria, como los barcos de observación de la policía marítima, de Aduanas, mercantes, sin olvidar los remolcadores de alta mar.

Durante la última mitad del siglo XX se fletan barcos encargados de socorrer y prestar asistencia sanitaria a los marineros heridos y enfermos en lugares de pesca como el Mar del Norte, Islandia, Terranova, Groenlandia y el Mar de Barents. Estas embarcaciones cuentan con un médico y un

enfermero y pueden hospitalizar al enfermo a bordo hasta transportarlo al hospital del puerto.

El coste que entraña un buque equipado permanentemente como barco-hospital hace que los países prefieran dotar a navíos de transporte de determinadas condiciones que propicien su transformación en barco-hospital.

Las características a contemplar son:

- un tonelaje suficiente
- un buen fondeadero
- una gran autonomía de funcionamiento (agua potable, víveres y medicamentos)
- una habilitación interior que facilite el movimiento de pacientes y equipos (escaleras, rampas, ascensores).
- plataforma para helicópteros
- elevadores de embarcaciones pequeñas.

Tales barcos deben posibilitar tanto una adecuada hospitalización, incluso como hospital de refuerzo o suplementario de los hospitales de tierra como las evacuaciones.

#### **6º) EL CASO ESPAÑOL.**

Como ya quedara apuntado en páginas anteriores, en la historia naval española han sido muchas y variadas las manifestaciones de embarcaciones acondicionadas para dispensar asistencia sanitaria.

En las primeras escuadras de combate, integradas por galeras movidas por la fuerza del remo ejercida por el brazo del penado, cuando surgía alguna epidemia entre estos, caso no poco infrecuente, se reunía a todos los galeotes en una sola embarcación transformada, de algún modo al efecto, en barco-hospital: se taponaban las ballesteras y se colocaba una tienda permanente para resguardo de las inclemencias del tiempo.<sup>273</sup>

No eran por lo tanto barcos-hospital en los que pudieran ser asistidas las bajas sino unidades de apoyo logístico sanitario encargadas de transportar un hospital móvil para ser desplegado en tierra; por tanto las bajas habidas durante la navegación eran atendidas por el personal sanitario embarcado en cada unidad de combate.

Durante los siglos XVI y XVII y con ocasión de la batalla de Lepanto, la conquista de Túnez, las Jornadas de las Terceras o la Empresa de Inglaterra, se dispuso de varias urcas en las que viajaba el hospital como una formación de apoyo sanitario concebido para ser desplegado en la zona de operaciones que podía tener adscritos a mas de cien profesionales entre médicos, cirujanos, barberos y oficiales encargados de tareas logísticas y que contaba con tiendas de campaña, camas y botica. Fueron urcas alistadas con este fin en la Jornada de Inglaterra: "La Casa de Paz Grande" y "San Pedro el Mayor"<sup>274</sup>

En el siglo XVIII y en la escuadra que bajo el mando del duque de Crillon reconquistó Menorca en 1782, hubo dos barcos que dispusieron de camas para acoger las bajas: el

---

<sup>273</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazan, Madrid, 1995 pag 215

<sup>274</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazan, Madrid, 1995 pag 215



"San José", con capacidad para 204 camas y la "Joven Juana" con capacidad para 123. En 1775, con ocasión de la expedición a Argel se habilitó la urca "Santa Ana".

En el siglo XIX fueron llevadas a cabo múltiples expediciones y se produjeron múltiples enfrentamientos armados, muchos de ellos con escenario marítimo. La expedición que partió de Filipinas y para la que se movilizaron 1.500 soldados, contó con el apoyo sanitario de dos grandes barcas "La Bella Gallega" y "La Bella Carmen" que fueron utilizadas para trasladar las bajas hasta Manila. Con ocasión de la primera guerra de Marruecos, tras el hostigamiento a las plazas de Ceuta y Melilla, se contó con varios hospitales flotantes: "Mallorquín", "Negrito", "San Fernando", "Bretagne", "Pensamiento" y "Vigilant".

Durante este siglo se habilitan hospitales flotantes para atender al personal destacado en lugares en los que no existían instalaciones sanitarias en tierra. Destacaron la fragata "Cortes" en Samana y el pontón "Perla" en Fernando Poo. Con ocasión de los incidentes desencadenados en Santo Domingo, en 1861, se habilitó como transporte de enfermos a un pequeño buque, el "Maria", sustituido poco después por el "San Quintín" y, finalmente y ante el incremento de las bajas, reforzado por el vapor "Cataluña" con doscientas literas y con una posibilidad de capacidad de hasta seiscientos enfermos.<sup>275</sup>

Durante la guerra hispano-americana de 1898 cuatro fueron las unidades transformadas en hospitales que atravesaron el Atlántico para hacerse cargo de las bajas españolas: "Alicante", "Montserát", "San Ignacio de Loyola" y el "Isla

---

<sup>275</sup> Gregorio Andrés y Espala, "Sanidad Militar en Santo Domingo" Revista de Sanidad Militar española y extranjera" Madrid, 1865.

de Luzón". El "Alicante" fue autorizado por R.O. de 21 de enero de 1898. Había sido adquirido a la British Burmesse con el nombre de "Pegu" y tenía 113,4 metros de eslora y 6.300 toneladas de desplazamiento con capacidad para transportar 513 heridos y enfermos. El "Montserát" fue habilitado por R.O. de 14 de febrero de 1898: adquirido a la Hamburg Amerika, había sido construido por la Laird Brossen en Liverpool, en 1889 y desplazaba 8.400 toneladas con capacidad para unos 500 enfermos. El "San Ignacio de Loyola", habilitado por R.O. de 2 de marzo de 1898, perteneció a la flota de la Transatlántica en 1879 con capacidad para 400 enfermos. Por ultimo el "Isla de Luzón", R.O. de 18 de agosto de 1898, fue adquirido en 1882 y contaba con un tonelaje de 8.057 y fue comisionado para sustituir al "San Ignacio de Loyola".<sup>276</sup>

La conveniencia de disponer de auténticos barcos hospitales con carácter previo al inicio de los combates fue una cuestión muchas veces planteada durante el siglo XIX, al fin un siglo plagado de confrontaciones marítimas. A principios del siglo XX y con los acontecimientos desarrollados en Marruecos la polémica fue de nuevo planteada y seguida con especial interés desde el Cuerpo de Sanidad de la Armada, donde el deseo de disponer de un barco-hospital homologado con los ya empleados por otros países era evidente, máxime cuando oficiales del Cuerpo General de la Armada habían estado embarcados en alguno de ellos con ocasión de la Primera Guerra Mundial en calidad de comisarios garantes de su neutralización. Llegó a proponerse la transformación del yate real "Giralda".<sup>277</sup>

---

<sup>276</sup> José Miguel Torres Medina, "Los barcos hospitales en la campaña de Cuba" Revista de Historia Militar, Madrid, 1970.

<sup>277</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazan, Madrid, 1995 pag 220

Sin embargo, una vez más los acontecimientos se precipitaron sin haber llegado a la adopción de una solución a la cuestión planteada y, ante el derrumbamiento de la comandancia de Melilla, se optó por volver a utilizar el "Alicante".

No obstante, y ante la intención de llevar a cabo un gran desembarco con la consecuencia prevista, propia de toda operación anfibia de envergadura, de un elevado número de heridos, volvió a plantearse la cuestión de adaptar un buque con misión sanitaria. El buque seleccionado para ser transformado en barco-hospital fue el "España nº 4", buque alemán destinado al transporte de braceros chinos. Una comisión creada al efecto trabajó intensamente hasta presentar un plan por el que con una inversión de 1.200.000 pesetas se podían acondicionar 253 camas y todas las instalaciones precisas entre las que destacaba un gabinete radiológico completo, un laboratorio de análisis bacteriología, quirófano, equipos de esterilización, salas de aislamiento, potabilizadores, trenes de lavado, etc. El plan fue aprobado y llegaron a iniciarse las obras que sin embargo fueron paralizadas decidiéndose fletar de nuevo varios barcos mercantes acondicionados de forma elemental, lo que no evitó por otra parte que el coste fuera superior a la previsión respecto al España nº 4. Se utilizaron en esta campaña además del "Alicante", el "Claudio López", el "Andalucía", el "Sevilla", el "Menorquín", el "Villareal" y el "Barceló".<sup>278</sup>

Hasta aquí puede afirmarse que España nunca ha dispuesto de un auténtico barco-hospital, construido o transformado al

---

<sup>278</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazan, Madrid, 1995 pag 220

efecto con previsión e instalaciones apropiadas para cometidos de atención sanitaria e intervención médico-quirúrgica, habiéndose limitado a habilitar algunos barcos mercantes, escogidos con más o menos acierto, para la poco menos que evacuación de bajas, por lo que más que barcos hospitales han sido barcos-ambulancias.<sup>279</sup>

Es durante la Guerra Civil de 1936 a 1939, cuando sí fue habilitado un barco-hospital para el transporte de heridos en la zona nacional cuya actuación sanitaria merece reseña, tanto por el volumen de utilización como por la eficacia de la misma.

Su creación fue decidida partiendo de la necesidad de contar con un medio de evacuación seguro y con capacidad suficiente para permitir el traslado de heridos y enfermos a hospitales de retaguardia con el objeto de posibilitar la máxima capacidad de recepción de los hospitales próximos al frente, principalmente en los momentos previos a las grandes ofensivas.

Para ello se pensó en la motonave "Ciudad de Palma", de la Compañía Trasmediterránea, la cual en los primeros momentos de la guerra prestó servicio como crucero auxiliar. Era un buque moderno, construido en 1930, en Montefalcone (Italia), con una eslora de 104,27 metros, una manga de 14,88 y 8,50 metros de puntal. Su desplazamiento era de 2.405 toneladas y su velocidad de 16,3 nudos.

Durante su utilización como buque de pasaje disponía de 2 camarotes de gran lujo, 4 camarotes de lujo, 22 camarotes de preferencia con una litera, 25 camarotes de segunda

---

<sup>279</sup> Francisco Pérez Cuadrado, "Barcos hospitales (B.H)". Revista General de Marina. Madrid, 1935

clase con dos literas, 24 camarotes de segunda clase con tres literas, 1 sala de tercera clase con 24 literas y 2 bodegas de carga.

Con objeto de adecuar el buque a su nueva misión y para aumentar su capacidad se efectuaron obras de reforma en la Sociedad Española de Construcciones Navales de Sestao en enero de 1938. Como resultado de estos trabajos se dispuso de los siguientes espacios: 44 literas a proa en un solo local de 312 metros; 68 literas a popa en camarotes de dos y cuatro; 56 en el centro en varios camarotes; 160 literas en la bodega de proa de 812 metros; 174 literas en la bodega de popa distribuidas en dos niveles: 112 en el inferior de 610 metros y 62 en el superior de 377 metros. El barco tenía capacidad para 676 enfermos.

En uno de los camarotes de primera se instaló un quirófano dotado de mesa de operaciones y del material preciso. En un camarote contiguo la sala de esterilización y se habilitó un tren de lavado de ropa de cama y se aumentó la capacidad de suministro de agua. El barco estuvo listo a finales de enero, embarcando a los primeros enfermos el 3 de febrero de 1938.<sup>280</sup>

El "Ciudad de Palma" estaba curiosamente bajo las ordenes del Ejército de Tierra, en dependencia directa del Jefe de Sanidad Militar de Evacuaciones, aunque todo el personal sanitario era de la Armada. Su dotación la componían tres médicos del Cuerpo de Sanidad de la Armada, uno de ellos cirujano. El de mayor graduación, que era comandante, ostentaba el cargo de Jefe militar y de Sanidad a bordo.

---

<sup>280</sup> Manuel Gracia Rivas, "La experiencia del barco-hospital "Ciudad de Palma" en la Guerra Civil Española de 1936-1939". I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad., organizadas por el Ministerio de Defensa y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985

Junto con ellos estaban embarcados cuatro practicantes, cuatro hermanas de la Caridad, un capellán, un teniente de Intendencia, un auxiliar de oficina y varios marineros, la mayor parte de ellos con la aptitud de enfermeros.

El mando del buque desde el punto de vista naval estaba al cargo de oficiales de la Marina Mercante, siendo también civiles todo el personal preciso para la maniobra.

La misión asignada al buque era la recogida de heridos y enfermos en el puerto de origen y su traslado a los puertos designados, clasificando y atendiendo sanitariamente al personal embarcado hasta el momento del desembarco. El puerto de embarque fue habitualmente el de Santurce, en donde confluían los enfermos procedentes de los hospitales de Bilbao con los que a bordo de un tren-hospital especial eran traídos directamente desde Zaragoza. El puerto de destino era normalmente Gijón para los traumas y Vigo para el resto, aunque también se realizaron evacuaciones a otros puertos. En total realizó 61 navegaciones.

En la tarde del día previo a la salida se iniciaba el embarque de los enfermos evacuados desde Bilbao. Solían ser entre 200 o 250. Durante la madrugada llegaba el tren-hospital procedente de Zaragoza con otros 250. Los enfermos de Bilbao llegaban al barco en ambulancias o autobuses y el tren-hospital podía llegar también al costado del barco facilitando enormemente el trasbordo de los heridos y enfermos. En el portalón se situaba uno de los médicos para proceder a la clasificación de los enfermos y a la asignación del alojamiento más adecuado para cada uno de ellos. De esta forma podía planificarse inmediatamente la atención sanitaria y comunicar telefónicamente antes de la

salida las necesidades de ambulancias en el puerto de destino y el material preciso.

En la sala superior de la bodega de popa, de fácil acceso y cierta comodidad se colocaban a los heridos graves. En la sala inferior de la misma bodega se situaba a los heridos graves de extremidades superiores, craneales y torácicos en fase de recuperación y algún herido de extremidad inferior que pudiera bajar sin molestias los dos tramos de escala que la separaban de cubierta.

Poco antes de llegar a puerto y atendiendo al hecho de que los hospitales de destino eran varios y en ocasiones de especialidades diferentes, se enviaba por radio una estadística de acuerdo con las clasificaciones establecidas desde tierra, a efectos de facilitar la evacuación. En total fueron evacuados 28.307 heridos y enfermos.

La asistencia a bordo más practicada fue la dilatación de abscesos con extracción de metralla y cuerpos extraños. También alguna amputación o desarticulación, junto con ligaduras arteriales.<sup>281</sup>

Por parte de la Armada republicana no existió ningún barco-hospital construido o transformado al efecto con las características del "Ciudad de Palma". Los barcos utilizados como apoyo sanitario participaron de la naturaleza de barcos de transporte de bajas siendo el primero en entrar en servicio el "Artabro". Durante la

---

<sup>281</sup> Manuel Gracia Rivas, "La experiencia del barco-hospital "Ciudad de Palma" en la Guerra Civil Española de 1936-1939". I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad., organizadas por el Ministerio de Defensa y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985

campana para ocupar Mallorca se utilizó el vapor "Marques de Comillas".<sup>282</sup>

España no cuenta en la actualidad con ningún barco-hospital en las Listas Oficiales de barcos de la Armada Española. Sin embargo, el Consejo de Ministros del día 12 de septiembre de 2003 adoptó, entre otros acuerdos, la construcción de un buque sanitario. En este sentido, el Presupuesto del Ministerio de Defensa para el año 2005 incluye, según la "Descripción general de los objetivos del sector", y entre las inversiones a acometer, la construcción de un buque con habilitación de barco-hospital.<sup>283</sup>

Dentro de la organización sanitaria de una Fuerza Anfibia Operativa existen los "barcos receptores de bajas principales", entre los que se encontraban los transportes L-21 "Castilla" y el L-22 "Aragón" los cuales disponían de Estaciones de Auxilio en combate con dos quirófanos, un gabinete odontológico, laboratorio, equipo de Rayos X, sala de reanimación con 20 camas y una cámara de aislamiento con cinco camas para grandes quemados. Disponen también de dos sollados con una capacidad total de 173 camas, que pueden ser adaptados como enfermerías.

En el último conflicto armado en que ha participado España, la guerra contra Irak iniciada el 20 de marzo de 2003, se desplegaron en la zona la fragata "Reina Sofía", el petrolero "Marques de la Ensenada" y el buque anfibio de asalto L-51 "Galicia", buque enviado al puerto iraquí de Um Qasar como barco-hospital con la finalidad de atender tanto

---

<sup>282</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazan, Madrid, 1995 pag 220

<sup>283</sup> "Descripción General de los objetivos del sector", Ministerio de Defensa, octubre 2005



al personal civil como a los militares enfermos o heridos. El buque dispone de dos quirófanos y 166 camas, 16 para heridos graves y 150 para hospitalizaciones y unidad de cuidados intensivos. Cuenta con personal sanitario integrado por 50 personas y está capacitado para actuar como centro de coordinación de emergencias.<sup>284</sup>

El "Galicia" regresó tras 72 días en Um Qasar durante los que prestó asistencia a 4.000 pacientes, en su gran mayoría de población civil y efectuó 1200 intervenciones quirúrgicas.<sup>285</sup>

La primera iraquí atendida por los sanitarios españoles fue una niña de dos años a la que su padre llevo al pie del "Galicia" con heridas en la cabeza producidas por los cascotes caídos tras el impacto de un misil sobre el tejado de su casa durante los primeros días de las operaciones militares aliadas en la zona.<sup>286</sup>

El tipo de asistencia prestada por estos barcos obliga a redefinir la doctrina sanitaria en este tipo de operaciones toda vez que sus planteamientos no se ajustan a las características que, en sentido estricto, debe reunir un barco-hospital, dado que aquellos barcos no tienen el carácter exclusivamente sanitario que estos requieren.

Por otra parte también en el ámbito de la sanidad civil se introduce el concepto de "buque sanitario y de apoyo logístico" y así, el Instituto Social de la Marina, puso en

---

<sup>284</sup> Diario de Noticias Mundo. Viernes, 11 abril de 2003.  
<http://www.diariodenoticias.com/ediciones/20030411/mundo/dllmun0603php>

<sup>285</sup> Diario La Razón, viernes 20 de junio de 2003, nacional, pag 16.

<sup>286</sup> Infomoc. Servimedia.  
<http://www.grups.pangea.org/pipermail/infomoc/Week-of-mon-200030324/003842.html>

servicio en la década de los 70 al "Esperanza del Mar" para operar en el banco sahariano donde faenan unos mil barcos pesqueros españoles.<sup>287</sup>

El éxito de esta operación llevó al flete de un nuevo "Esperanza del Mar" botado el 26 de enero de 2001 con el fin de sustituir aquél por otro buque de mejores condiciones tecnológicas. Este nuevo "Esperanza del Mar" se trata de un barco diseñado específicamente como barco-hospital para prestar asistencia sanitaria y logística a los barcos pesqueros españoles en cualquier caladero y para navegar por todos los mares y ante condiciones meteorológicas extremas. Ha sido construido en caladeros españoles y cuenta con un moderno equipamiento sanitario y los últimos avances tecnológicos.<sup>288</sup>

El diseño del barco se realizó tomando como base un hospital que ocupa una cubierta completa desde proa, con acceso directo al helipuerto y a la cubierta, lo que facilita el traslado de enfermos y náufragos a la zona hospitalaria. Esta zona hospitalaria está dotada de quirófano, laboratorio, sala de cuidados intensivos, sala de curas, sala de exploraciones radiográficas, sala de aislamiento para tratamiento de quemados, infecciosos y psiquiátricos. El barco cuenta además con zona de náufragos, camarotes, áreas comunes y áreas de servicio. La capacidad inicial del buque está presente en todo momento, tanto en amplitud de camarotes como en disposición de camas y dispositivo de puesta a flote y recuperación de lanchas salvavidas. Esta es una operación clave tanto en la salida

---

<sup>287</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazan, Madrid, 1995 pag 225

<sup>288</sup> Seguridad Social. Medicina Asistencial. [http://www.seg-social.es/acc/?Mlval=cw\\_usr\\_view\\_Fólder\\_AC&ID=35310&preview...](http://www.seg-social.es/acc/?Mlval=cw_usr_view_Fólder_AC&ID=35310&preview...)

urgente de los médicos para atender a los enfermos a bordo de sus propios barcos como para subir a éstos al barco-hospital.

Los servicios de apoyo sanitario que se prestan en el barco son: consultas radio-medicas, consultas a través de videoconferencia, consultas ambulatorias a bordo del buque, desplazamientos del equipo sanitario a barcos que lo solicitan, hospitalizaciones en la clínica de a bordo, intervenciones quirúrgicas menores, evacuaciones por helicóptero. Por su parte los servicios de apoyo logístico prestados son, entre otros, trabajos efectuados por buzos, asistencias mecánicas, asistencias eléctricas, remolques, suministro de agua y suministro de carburante.<sup>289</sup>

El éxito de la labor desarrollada por esta unidad ha llevado al Instituto Social de la Marina a convocar un concurso para la construcción de un buque similar al Esperanza del Mar con el fin de prestar apoyo sanitario y logístico a los más de mil barcos y de doce mil quinientos pescadores que faenan en la zona del Golfo de Vizcaya y del Atlántico Norte, de forma que el "Esperanza del Mar" se establezca en la zona del Mediterráneo y Marruecos para cubrir las necesidades de ese área.<sup>290</sup>

El Consejo de Ministros autorizo el 9 de abril de 1999 al Instituto Social de la Marina para contratar la construcción de este barco-hospital por importe de 2.990 millones de pesetas.<sup>291</sup>

---

<sup>289</sup> Seguridad Social. Medicina Asistencial. [http://www.seg-social.es/acc/?Mlval=cw\\_usr\\_view\\_Fólder\\_AC&ID=35310&preview...](http://www.seg-social.es/acc/?Mlval=cw_usr_view_Fólder_AC&ID=35310&preview...)

<sup>290</sup> Diario Médico.com. 24 de febrero de 2003. <http://www.diariomédico.com/edición/noticia/0,22458,242869,00.html>

<sup>291</sup> Diario ABC, sábado 10 de abril de 1999, nacional, pag 18

La construcción del citado barco-hospital ha sido adjudicada a los astilleros Izar en Gijón por 16,7 millones de euros en julio de 2004 y la entrega está prevista en 21 meses. El nuevo buque estará preparado para las especiales condiciones del Atlántico Norte e incorporará mejoras tecnológicas en sanidad y seguridad, así como los sistemas electrónicos más modernos de ayuda a la navegación y comunicaciones y medios eficaces para el control de la contaminación ambiental. El buque tendrá 75 metros de eslora y alcanzará una velocidad de crucero de 16 nudos, contará con cuatro lanchas de trabajo de transporte de heridos y enfermos, así como una bodega de cuatrocientos metros cúbicos para transportar ayuda humanitaria en caso de catástrofes. En el área hospitalaria se podrán realizar operaciones quirúrgicas, contará con unidad de cuidados intensivos, camarote individual para enfermos psiquiátricos, sala de Rayos X, farmacia y laboratorio. Contará también con una zona en cubierta para evacuaciones por helicóptero.<sup>292</sup>

Aun no tratándose de barcos hospitales contruidos al objeto de intervenir en conflictos armados, sí es lo cierto que nada impediría que dichos barcos pudieran llegar a participar como apoyo sanitario en los mismos si así se determinara una vez comenzadas las hostilidades.

Finalmente pueden citarse otras unidades de importancia, estas pertenecientes al Ministerio de Defensa, sobre las que igualmente hay que señalar que tampoco responden al

---

<sup>292</sup> el comercio digital.com  
[http://servicios.elcomerciodigital.com/pg04719/economia/otro\\_contenido/200407/19...](http://servicios.elcomerciodigital.com/pg04719/economia/otro_contenido/200407/19...)

perfil estricto de barco-hospital, si bien tienen un alto componente de asistencia sanitaria.

En este supuesto cabe citar al portaviones "Príncipe de Asturias", sus escoltas y barcos de apoyo, atendidas desde el propio portaviones en cuya plantilla se integran dos médicos, un estomatólogo, tres ATS/DUE, un cirujano y un anestesista, junto con un especialista en medicina aeroespacial y el buque de apoyo logístico "Patiño" el cual cuenta con un componente sanitario de cierta entidad: un quirófano con sala de lavado y esterilización, laboratorio, equipo de radiodiagnóstico, servicios de estomatología, sala de curas y una zona de hospitalización con once camas.<sup>293</sup>

---

<sup>293</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazan, Madrid, 1995 pag 225

## **CAPITULO 5**

### **LA NAVEGACIÓN AÉREA SANITARIA EN LOS CONFLICTOS ARMADOS.**

#### **1º) APUNTES HISTÓRICOS SOBRE OTRO TIPO DE NAVEGACIÓN: LA NAVEGACIÓN AÉREA.**

Los avances aportados por el siglo XX en las condiciones de navegación son, según queda expuesto, enormes. Pero la ciencia no se ha desarrollado exclusivamente en el ámbito marítimo. Otro hito en la evolución científica y tecnológica del hombre lo constituye la posibilidad de volar. La aviación, disciplina de factura reciente, al menos en lo que se refiere a los aparatos a motor, ha sufrido, no obstante, continuos y espectaculares progresos, siendo uno de ellos su utilización en el traslado y atención de heridos y enfermos. No obstante, los primeros bosquejos de ingenios voladores tienen unos orígenes algo más remotos.

La primera ascensión incuestionable, si bien no tripulada, fue la de los hermanos Joseph y Etienne Montgolfier el 5 de junio de 1783 en Annonay. Hasta hace pocos años tampoco existían dudas sobre que el primer español que llevara a cabo la primera ascensión no tripulada española fuera el Padre José Viera y Clavijo. Sin embargo, existe documentación gráfica y escrita que identifica, como primicia de este tipo de acontecimientos, el experimento realizado el 28 de noviembre de 1783 por Agustín de Betancourt y Molinas, fundador del Real Gabinete de Máquinas y de la Escuela de Caminos y Canales, en el parque

de la casa de campo del Infante don Gabriel en presencia del Rey, Príncipes, Infantes, Grandes, Ministros y otras personas de la Corte. El suceso fue descrito con detalle por el embajador austriaco en Madrid y la prueba gráfica la aporta Rumeu de Armas, quien afirma que el cuadro de Antonio Carnicero titulado el "Ascenso de un globo Montgolfier en Aranjuez" refleja en realidad la ascensión de Betancourt y no la frustrada del aeronauta francés Bouche, como hasta hace poco se había mantenido.<sup>294</sup>

Por su parte Ricardo Fernández de Latorre afirma, basándose en pruebas documentales halladas en Aranjuez, que la primera ascensión tripulada en España la realizaron en el citado Real Sitio los italianos Barletti y Braschi el 16 de julio de 1792. Por su parte, la mas reconocida fue la de otro italiano, Vincenzo Lunardi, que la llevó a cabo en la capital del Reino, el 12 de agosto de 1792, en el Jardín del Real Sitio del Buen Retiro, ascensión que logro mayor repercusión que la anterior.<sup>295</sup>

En la segunda mitad del siglo XIX, la aerostación militar comenzó a hacerse presente en la infraestructura de todos los ejércitos de la época: Francia, que la había desestimado antes de la guerra franco-prusiana, volvió a organizarla en 1877; Inglaterra en 1879, Rusia y Alemania en 1884 e Italia en 1885. En España, entre el final de la Guerra de Independencia y la década de los 80 no se había aportado ninguna innovación ni se habían vuelto a realizar investigaciones en este campo.

---

<sup>294</sup> C. Lázaro Ávila y A. Pérez Heras, "La aerostación militar en España". Ministerio de Defensa, pag 10

<sup>295</sup> C. Lázaro Ávila y A. Pérez Heras, "La aerostación militar en España". Ministerio de Defensa, pag 11

Es en el Real Decreto de 15 de diciembre de 1884, firmado por S.M. el Rey Alfonso XII, en el que por vez primera se dota de entidad propia a la Aerostación Militar Española, recogiendo la idea del Conde de Aranda de institucionalizar militarmente los aerostatos para propiciar, desde la institución castrense, su desarrollo y fomento.

Entre otras aplicaciones se encuentra la de evacuación de heridos y así, es durante estos años cuando también surge el transporte aéreo sanitario. Es en 1870 cuando comenzaron a utilizarse globos para evacuar a soldados heridos en el sitio de París, durante la guerra franco-prusiana.<sup>296</sup> Es la primera referencia histórica de evacuación aérea de pacientes. Fueron rescatados 160 heridos franceses por globo.<sup>297</sup>

En junio de 1889, el Batallón de Telégrafos del Arma de Ingenieros del Ejército adquirió un globo esférico en Francia, donde existía un Servicio de Aerostación desde 1877, para experimentar sus posibilidades de aplicación militar. El día 27 de ese mismo mes, se organizó en la Casa de Campo de Madrid una exhibición ante S.M. la Reina María Cristina, quien sorprendió con su deseo de ascender en el globo y vio cumplido su deseo.<sup>298</sup>

Otro avance aéreo surgido de la investigación científica empeñada en la conquista del aire es el dirigible, ingenio fechado en 1900, el primero de ellos el de Ferdinand Von Zeppelin, cuya estructura rígida constituyó siempre la característica a tratar por las investigaciones posteriores

---

<sup>296</sup> Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Uninet

<sup>297</sup> Guillermo A. Muller, "Evacuación aeromédica", <http://www.aerospacio.com.ar/560/site/-14evacuacion.htm>.

<sup>298</sup> La Aeronáutica militar española. Su historia y su museo. Museo de Aeronáutica y Astronáutica. Madrid, 1988.



que iban dirigidas a aligerar dicha estructura y su fuente motriz y que procuraron aligerar el peso mediante el uso de aleaciones metálicas ligeras, lo que permitió en su momento construir auténticos mastodontes aéreos que permitían el traslado, en largas distancias, de un pasaje y tripulación muy considerables. Sin embargo sus características de maniobra eran pésimas y las frecuentes averías que padecían supusieron que la presencia en España, en el Servicio de Aerostación, fuera efímera, pese a las grandes expectativas depositadas en los dirigibles como sustitutos de los globos, si bien ello no impidió que en otros países la capacidad estratégica del dirigible perdurara hasta finalizada la Primera Guerra Mundial.<sup>299</sup>

En la segunda década de los años 20, cada vez fueron menos significativas las ascensiones en globos, de modo que la Aerostación española, que no obstante se resistía a morir, se precipitaba hacia el final de su camino, desplazada por el inexorable avance de la aviación. De hecho, la Aerostación Militar tuvo un mínimo papel en la Guerra Civil española.<sup>300</sup>

El 17 de diciembre de 1903, los hermanos norteamericanos Wilbur y Orville Wright, consiguieron que un biplano de 400 kilos de peso con un motor de 13 HP, volara durante cincuenta y nueve segundos y salvara una distancia de 200 metros; en octubre de 1905 elevaron la duración del vuelo a treinta y cinco minutos y la distancia a 18 kilómetros. En

---

<sup>299</sup> C. Lázaro Ávila y A. Pérez Heras, "La aerostación militar en España". Ministerio de Defensa, pags 30-40

<sup>300</sup> C. Lázaro Ávila y A. Pérez Heras, "La aerostación militar en España". Ministerio de Defensa, pags 87-96

Europa no se consiguió un vuelo a motor hasta octubre de 1906.<sup>301</sup>

Por su parte, el primer español en pilotar un aeroplano fue Antonio Fernández, natural de Aranjuez, quien fue también la primera víctima de la aviación española al perder la vida en Antibes, el 6 de noviembre de 1909, cuando intentaba llegar desde Francia a España en un aparato de su invención.

Los primeros aeroplanos con los que contó el ejército español fueron dos "Henri Farman", biplanos dotados de un motor rotativo "Gnome" de 70 HP, y un "Maurice Farman", biplano con motor "Renault" de 80 HP. Con ellos y dos barracones "Bessonneau" se inició la aviación militar española.<sup>302</sup>

En 1911 se constituyó, en Cuatro Vientos, la Escuela de Experimentación y en 1913 eran ya 23 los pilotos aviadores militares que, en octubre de aquel mismo año, constituirían la primera escuadrilla que combatiría en Marruecos.

En febrero de 1913 se creó el Servicio de Aeronáutica Militar, reglamentando la constitución y funciones de sus dos ramas, Aerostación y Aviación. Ésta recibió más atención y mayor impulso.

En la Campaña de Marruecos, no obstante, las primeras unidades aéreas enviadas fueron los globos, en 1909, primer año de guerra, a fin de que posibilitaran, por primera vez, una descripción exacta de las posiciones enemigas. La

---

<sup>301</sup> B. Pecker y C. Pérez Grange. Crónica de la aviación española. Silex, 1998. pag 7

<sup>302</sup> B. Pecker y C. Pérez Grange. Crónica de la aviación española. Silex, 1998. pag 15 y 16

información que hasta entonces era propiciada por espías, desertores y confidentes, y que resultaba no demasiado fiable pero la única posible con la que elaborar mapas aproximativos sobre las posiciones del contrario, iba a ser sustituida por la altura desde la que era avistado el territorio por los globos, lo que propiciaba una información absolutamente exacta sobre la situación del enemigo, posibilitando incluso fotografías de las zonas sobrevoladas. Aunque no realizan acciones ofensivas, dos son las funciones principales y utilísimas a cumplir por la aerostación: la de observación y la de colaboración con otras unidades como la artillería corrigiendo la dirección del tiro.<sup>303</sup>

La aviación, incorporada al ejército como un arma desconocida, demostró pronto sus enormes capacidades bélicas. Los aviones asumieron en un principio las mismas funciones que habían sido encomendadas a los globos, pero a mucha mayor escala puesto que su autonomía y radio de acción superaba en mucho a aquellos. En este sentido se utilizaron como vehículo de fotógrafos, tipógrafos y observadores demostrando para estas funciones una mayor capacidad, mayor autonomía y mayor velocidad que los globos. Por otra parte, a los aviones sí les fueron encomendadas acciones de ataque y fueron empleados como arma ofensiva, realizándose precisamente en la guerra de Marruecos, los primeros ejercicios de ataque y contraataques aéreos.<sup>304</sup>

---

<sup>303</sup> B. Pecker y C. Pérez Grange. Crónica de la aviación española. Silex, 1998. pags 26-27

<sup>304</sup> B. Pecker y C. Pérez Grange. Crónica de la aviación española. Silex, 1998. pag 29

Los vuelos de reconocimiento, con el empleo cada vez más perfeccionado de la fotografía aérea, se hicieron indispensables para la elaboración de los planos topográficos y para conseguir mayor precisión en los bombardeos; empleándose con sentido táctico, para apoyar las operaciones terrestres, o con sentido estratégico, para minar la retaguardia enemiga. Por su parte, los vuelos de observación fueron cada vez más reclamados por el Ejército para estudiar el terreno y preparar líneas de avance de sus unidades.<sup>305</sup>

En aquellos años bien podía afirmarse que la aviación española no estaba a la zaga de la de los demás países. Por el contrario, y según quedaría de manifiesto en la Primera Guerra Mundial, en algunas cuestiones la aviación española contaba con mayores adelantos: así se contaba entonces con bombas superiores a las francesas, visores alemanes "Carbonit", hasta la fecha los más perfeccionados, cámaras fotográficas y aviones de bombardeo. Por su parte, lo que resultaría más destacable de la aviación española de entonces es que sería la primera en llevar a cabo bombardeos aéreos de modo constante y organizado en una campaña bélica<sup>306</sup>.

La Primera Guerra Mundial supuso la consolidación de la aviación como arma y estrategia ofensiva, siendo a su vez la causa de su rápido y sorprendente avance, en detrimento absoluto de los dirigibles que, altamente inflamables, eran convertidos en pavesas en cuestión de instantes en cuanto resultaban alcanzados por las ametralladoras de los

---

<sup>305</sup> La Aeronáutica militar española. Su historia y su museo. Museo de Aeronáutica y Astronáutica. Madrid, 1988

<sup>306</sup> B. Pecker y C. Pérez Grange. Crónica de la aviación española. Silex, 1998. pag 30.

aeroplanos. Por su parte durante la I Guerra Mundial la evacuación aérea se utilizó en forma limitada<sup>307</sup>.

No obstante, el desencadenamiento de la Gran Guerra supuso que la guerra que España mantenía con Marruecos quedara relegada y las necesidades del ejército español supeditadas a las que imponía un conflicto de mayores proporciones, el cual impedía la importación de aparatos y repuestos, y provocaba el desabastecimiento en un sector que se había revelado como crucial en el ámbito militar español.

A mediados de 1925 y con el apoyo de Francia, se preparó un desembarco en Alhucemas como base de partida para la acción directa contra el corazón de los rifeños. El día 8 de septiembre se llevó a cabo una acción combinada de la Armada, el Ejército y la Aviación, que propició la consolidación de las tropas en el sector de Axdir<sup>308</sup>.

De nuevo fue intentado el aproximamiento político ante el debilitado Abd El Krim, celebrándose una conferencia en Uxda entre los rebeldes y las delegaciones francesa y española, abandonada en 1926. Ante ello, una enérgica ofensiva conjunta fue iniciada desde Alhucemas hacia Melilla, la cual acabó con la rendición del rebelde, el cual fue cercado y abatido en la cabila de Beni Aros. Finalmente, en la primavera de 1927 fueron sometidos los últimos focos rebeldes, quedando pacificado el Protectorado el 11 de julio de 1927.<sup>309</sup>

---

<sup>307</sup> B. Pecker y C. Pérez Grangre. Obra citada.

<sup>308</sup> La Aeronáutica militar española. Su historia y su museo. Museo de Aeronáutica y Astronáutica. Madrid, 1988

<sup>309</sup> La Aeronáutica militar española. Su historia y su museo. Museo de Aeronáutica y Astronáutica. Madrid, 1988

Durante estos acontecimientos, y especialmente durante la operación de Alhucemas participaron aviones de la Cruz Roja para evacuar heridos graves. En total, fueron evacuados y atendidos en los hospitales de la Cruz Roja instalados en la zona, principalmente en el de Larache, 13.092 enfermos y heridos militares y 2.643 civiles, realizándose 186 operaciones quirúrgicas y 17.502 curas.<sup>310</sup>

En los años posteriores al conflicto marroquí, la aeronáutica española, a la par que la aeronáutica internacional, vivió una época de esplendor y riesgo, caracterizada por los grandes desplazamientos en avión concebidos como retos de distancia, altura y permanencia, buscando la aventura de abrir nuevas rutas entre Europa y América, esta vez por aire, donde cuatro siglos antes se abrieran por mar.

Así se aprobó por el Ejército español, desde el que se desarrollaron y promovieron la mayor parte de los raids españoles, el proyecto de unir España e Hispanoamérica, en una travesía aérea por el Atlántico Sur, siguiendo una ruta similar a la descubierta por Cristóbal Colón a bordo de sus naves. El proyecto, así como el avión, fueron bautizados con el nombre de "Plus Ultra", y tuvo como destino Buenos Aires.

Este vuelo supuso para España homologarse, a nivel de aviación, con Inglaterra, Francia, Gran Bretaña, Estados Unidos, Italia y Alemania, que también habían llevado a cabo importantes raids. Con él, España contribuía al

---

<sup>310</sup> Joseph Carles Clemente, "Historia de la Cruz Roja española" 1986

desarrollo del transporte aéreo, consolidando una ruta difícil: la del Atlántico Sur.<sup>311</sup>

El 14 de abril de 1931 se proclamó la II República Española.

En 1934 tuvieron lugar dos intervenciones armadas por parte de unidades aéreas: la ocupación de Ifni y la revolución minera de Asturias, que provocó grandes enfrentamientos entre los días 5 y 8 de octubre.<sup>312</sup>

Desde las elecciones de febrero de 1936, la inestabilidad política, los desórdenes sociales y la división del ejército, configuraron el panorama de debilidad y crisis de la nación española que conduciría al levantamiento militar de parte de ese ejército el día 18 de julio, cuyo fracaso conllevaría un enfrentamiento bélico civil que duraría aproximadamente tres años.

El fracaso del golpe de Estado avocó al conflicto armado entre dos bandos relativamente bien definidos. La Aviación permaneció en su mayoría afecta al Gobierno y tan sólo en donde el alzamiento triunfó claramente las unidades aéreas se pusieron al servicio de los nacionales, no sin previa resistencia en algunos casos, como en el Aeródromo de Sania Ramel o en las bases de Tablada y Pollensa. Igualmente se produjeron bajas y huidas hacia uno u otro bando.<sup>313</sup>

---

<sup>311</sup> B. Pecker y C. Pérez Grange. Crónica de la aviación española. Silex, 1998. pag 35

<sup>312</sup> La Aeronáutica militar española. Su historia y su museo. Museo de Aeronáutica y Astronáutica. Madrid, 1988

<sup>313</sup> La Aeronáutica militar española. Su historia y su museo. Museo de Aeronáutica y Astronáutica. Madrid, 1988

La proporción de aviones ha sido siempre discutida, y mientras algunos autores se decantan por una proporción de 4 a 1 a favor de la República, sosteniendo respecto al número de pilotos que los afectos a la República duplicaban a los afectos al bando Nacional, otros lo hacen de 2 a 1.

Sin embargo, la ventaja del Gobierno no fue bien aprovechada. Es casi pacífica la observación de que si la República, en los primeros momentos de la sublevación, hubiera enviado sus unidades aéreas al sur, muy probablemente se hubiera impedido el paso del ejército de África y con ello el curso de la guerra se hubiera modificado<sup>314</sup>.

El 1 de abril de 1939, la guerra civil española había terminado.

Durante este conflicto el servicio de evacuación de heridos, sobre todo el de aquellos afectados de politraumatismos y grandes quemaduras, se realizó en la primera unidad de ambulancias aéreas del mundo, con aparatos especialmente contruidos al efecto, empleándose el avión Monospar ST-25, un monoplano de ala baja Cantillever, bimotor, con una velocidad máxima de 209 kilómetros hora y con una velocidad de crucero de 193 kilómetros hora, transformado en ambulancia en los talleres de Aviación del Palmar (Murcia), con una capacidad de cinco plazas, que portaba dos camillas y los elementos sanitarios necesarios.<sup>315</sup>

---

<sup>314</sup> La Aeronáutica militar española. Su historia y su museo. Museo de Aeronáutica y Astronáutica. Madrid, 1988

<sup>315</sup> Javier Paulino Pérez, "La Sanidad del Arma de Aviación Republicana". Monografías Beecham.



Estas unidades se situaban cerca de los frentes donde se llevaban a cabo las operaciones terrestres, lo que permitía una conexión rápida con el hospital quirúrgico central de aviación, con lo cual podía darse a los heridos una asistencia clínica y quirúrgica óptima con una gran rapidez.

La implantación de este servicio de evacuación de heridos se realizó tras las Jornadas del Congreso de Transporte Sanitario desarrolladas en Madrid en 1920, aunque, no obstante, no era una novedad ya que durante la guerra de Marruecos y como ya se dijera, también fueron efectuados traslados de heridos en aviones Bruguet a los que les fueron adaptadas camillas.

La probada eficacia de este primer servicio de ambulancias aéreas creado por la Sanidad del Arma de Aviación de la República con este nombre, posibilitó que en Dunkerque, los ingleses introdujeran tal servicio en la RAF.<sup>316</sup>

El Ejército del Aire se crea en 1939. Desde entonces ha experimentado diversos cambios en su evolución. En 1977, con la creación del Ministerio de Defensa y con la consiguiente desaparición del Ministerio del Aire y de los otros de carácter militar, así como con la separación de la Subsecretaría de Aviación Civil, es objeto de una fuerte reestructuración. En la actualidad el Ejército del Aire está compuesto por el Cuartel General, la Fuerza Aérea y la Logística Aérea, todos bajo el mando del general jefe del Estado Mayor.

---

<sup>316</sup> Javier Paulino Pérez, "La Sanidad del Arma de Aviación Republicana". Monografías Beecham.

El S.A.R., Servicio de Búsqueda y Salvamento, cuyas siglas proceden de las iniciales de "Search and Rescue" fue creado en 1955, con la misión de actuar en caso de accidentes aéreos o de otras calamidades que requiriesen su auxilio. El Servicio de Búsqueda y Salvamento tiene por misión localizar las aeronaves siniestradas dentro del espacio aéreo español o áreas de responsabilidad española y hacer llegar lo mas rápidamente posible al personal de las mismas los auxilios que pudieran necesitar, así como cooperar con otros organismos civiles y militares cuando por haberse producido un accidente, catástrofe o calamidad pública se requiera su colaboración.

La Fuerza Aérea, que depende del general jefe del Estado Mayor del Aire, es el órgano operativo del Ejército del Aire y esta compuesto por el Mando Aéreo de Combate, el Mando Aéreo Táctico, el Mando Aéreo de Transporte y el Mando Aéreo de Canarias.

La misión del Mando Aéreo de Transporte, M.A.T.R.A, es realizar los transportes aéreos que sean precisos tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra y proporcionar rapidez al apoyo logístico, además de apoyar a los otros mandos aéreos. El M.A.T.R.A., interviene también en misiones de ayuda a países extranjeros, así como en aquellos momentos en que las circunstancias (catástrofes, evacuaciones, etc.) exigen su intervención en territorio nacional.

El Ejército del Aire desarrolla distintos programas de muy diversa configuración y objetivos. Entre ellos, el programa V.S.A.R., cuya finalidad es adquirir aviones y formar a los

pilotos para misiones de vigilancia y búsqueda marítimas.  
317

Por su parte, la Aviación Naval surgió por Real Decreto de 15 de septiembre de 1917, disponiendo en 1936 de un centenar de aparatos entre bombarderos, cazas, torpederos, aviones de escuela y dos autogiros. La Guerra Civil supuso el fin de la aeronáutica naval pues tras ella apenas quedó algún aparato útil. No es hasta 1954 cuando surge el Arma Aérea de la Armada.<sup>318</sup>

Con la denominación de "Arma Aérea de la Armada" se designan los medios aéreos propios de la misma, sus instalaciones y servicios, así como el personal que cubre destino de plantilla en dichos medios aéreos<sup>319</sup>.

Cabe señalar que la quinta Escuadrilla se formó con helicópteros "Sikorsky" SH-3D "Sea King", versión A.S.W (guerra antisubmarina"), convirtiéndose en la primera Escuadrilla del mundo en contar con estos aparatos incluso por delante de la propia US Navy, quien también realizó su pedido a la casa "Sikorsky" considerando que no era justo que países extranjeros, por muy aliados que fueran, contaran con helicópteros muy superiores a los suyos. No obstante, España en este caso se había adelantado y el pedido americano fue servido con posterioridad al español.<sup>320</sup>

---

<sup>317</sup> B. Pecker y C. Pérez Grange. Crónica de la aviación española. Silex, 1998. pag 119

<sup>318</sup> B. Pecker y C. Pérez Grange. Crónica de la aviación española. Silex, 1998. pag 126-127

<sup>319</sup> M. Ramírez Gabarrus y J.M. Ramírez Galván, "La Aeronáutica en la Armada 1917-1987", Madrid, 1988

<sup>320</sup> M. Ramírez Gabarrus y J.M. Ramírez Galván, "La Aeronáutica en la Armada 1917-1987", Madrid, 1988

Estas unidades se dedican a la lucha antibuque, transporte, rescate y salvamento y Alerta Temprana, todo ello además de la dedicación principal, esto es, la lucha antisubmarina. Como helicóptero de salvamento cuenta con grúa externa capaz de izar pesos de 600 lb. y con un sistema de guía automática y estabilización que le permite situarse justo en la vertical del naufrago.<sup>321</sup>

Dos Unidades Medicas Aéreas de Apoyo al Despliegue han sido desarrolladas recientemente por el Ejército del Aire en Madrid y Zaragoza, a partir de la UMAD, creada en 1997, y sustituyendo a ésta. Ambas unidades, conocidas como UMAAD Madrid y UMAAD Zaragoza, tienen como misión la atención sanitaria, preventiva, especializada y quirúrgica, requerida por las fuerzas militares desplegadas en acciones reales o en ejercicios prácticos.<sup>322</sup>

Según se establece en los "Requerimientos Operativos Conjuntos de la Sanidad Militar", es una fuerza de proyección de muy alta disponibilidad por lo que debe mantener una alerta de 24 horas al día, siete días a la semana, para realizar un despegue en un máximo de 72 horas desde el momento en que sea activada para una misión.

Estas unidades médicas realizarán, además, la estabilización de las bajas para su evacuación, la cual será llevada a cabo por una Unidad Medica de Aeroevacuación (UI), creada también recientemente a partir de la antigua Unidad de Aeroevacuación (UAER) del Ejército del Aire. La

---

<sup>321</sup> M. Ramírez Gabarrus y J.M. Ramírez Galván, "La Aeronáutica en la Armada 1917-1987", Madrid, 1988

<sup>322</sup> Unidad Medica Area de Apoyo al Despliegue, <http://www.ejercitodelaire.mde.es>

UI será la responsable de las evacuaciones hasta los centros sanitarios adecuados.<sup>323</sup>

Procede destacar la participación española en la crisis del Golfo en la que helicópteros realizaron 140 vuelos, en los que transportaron munición entre Rota y Morón, material y personal del Ala Táctica 401 de Estados Unidos, desde Torrejón a Turquía y material del Reino Unido de manera sistemática hacia el Golfo. Por su parte la Marina de Estados Unidos recibió en concepto de préstamo, para sus F-18, perturbadores de radio de nuestros F-18. En cuanto al transporte de evacuación, las fuerzas aéreas españolas realizaron varias misiones para evacuación de ciudadanos del Golfo y en cuanto a aportación sanitaria se dispusieron más de mil camas para posibles bajas de guerra y más de 700 para países de la UEO.<sup>324</sup>

Igualmente es necesario reseñar la participación de España en la operación "Libertad duradera", desarrollada en Afganistán y liderada por los Estados Unidos para combatir el terrorismo tras los atentados ocurridos el 11 de septiembre de 2001. El Ejército del Aire español formó parte de los tres Mandos componentes de la Coalición internacional responsable de la operación. El Gobierno español decidió la participación de la UMAD (Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue) mediante Acuerdo del Consejo de Ministros de 11 de enero de 2002. El destacamento partió de la Base Aérea de Zaragoza el 1 de febrero hacia Bagram donde desempeñó sus funciones hasta el 15 de septiembre de 2002, siendo su misión principal la asistencia sanitaria a las Fuerzas de la Coalición participantes en la operación

---

<sup>323</sup> Unidad Médica Área de Apoyo al Despliegue, <http://www.ejercitodelaire.mde.es>

<sup>324</sup> José A. Antón Valero, "Participación española en la crisis del Golfo" <http://www.educalter.org/material/palestina/golfo.html>

"Libertad Duradera", procediendo a la estabilización de las bajas y a su evacuación, con 1756 asistencias y 28 operaciones quirúrgicas realizadas a personal de diferentes nacionalidades, tanto de fuerzas aéreas como terrestres.<sup>325</sup>

## **2º) EL NACIMIENTO DE LA MEDICINA AÉREA Y DE LA AVIACIÓN SANITARIA.**

La medicina aeronáutica surge, hacia 1920, como una especialidad nueva para atender las necesidades derivadas de la práctica de la aviación en los profesionales a ella dedicados.<sup>326</sup>

La evacuación aeromédica o transporte aéreo sanitario puede definirse como el movimiento de pacientes por modo aéreo bajo supervisión médica entre puntos de diferentes complejidades sanitarias. Constituye un eslabón de la cadena terapéutica y debe ofrecer cuidados similares al lugar de internación.<sup>327</sup>

La primera evacuación de heridos por vía aérea se realizó en Albania, en 1915.<sup>328</sup>

---

<sup>325</sup> Eduardo G. Gallarza, "Unidad Médica en Afganistán. Operación Libertad Duradera", Zaragoza, 2002.

<sup>326</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española. Historia y Evolución", Madrid, 1995. pag 153

<sup>327</sup> Guillermo A. Muller, "Evacuación aeromedica"  
<http://www.aeroespacio.com.ar/560/site/-14evacuacion.htm>.

<sup>328</sup> Irma Morales de Casallas, "Transporte del ser humano. Recuento histórico",  
<http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/actualizacionesped13103-transporteII>

Las primeras relaciones de la Aviación con la Medicina tienen lugar desde el estudio de las aplicaciones de la higiene y de la anatomo-fisiología del aeronauta. Las influencias que el vuelo ejerce sobre el organismo humano, los trastornos sintomáticos, los aspectos preventivos y las cualidades que el personal que ha de manejar los distintos modelos de aviones deben reunir para conseguir la mayor optimación en la simbiosis máquina-hombre, constituyen los primeros objetos de estudio de la denominada "Medicina de vuelo" que surge como especialidad, por primera vez, en Estados Unidos, en 1918 (Air Service Surgeon) y más tarde en muchas otras naciones.<sup>329</sup>

Las dificultades para elegir a aquéllos que habían de llevar a cabo misiones de vuelo resultaron evidentes ante la falta de experiencia respecto de las condiciones psíquicas y físicas que debían reunir. Por ello, una de las primeras cuestiones acometidas fue la de regular los métodos de reconocimiento y condiciones exigibles a los aviadores, así como el establecimiento de un Cuadro de Inutilidades para el Servicio de Aviación basado en los pocos libros que sobre tal asunto se encontraban (ingleses, italianos y franceses), en artículos dispersos en revistas y en el Congreso Internacional de Aeronáutica que, a primeros de los años 20, tuvo lugar en París.<sup>330</sup>

La labor técnica, de investigación y legislativa, se completó con la instauración del reconocimiento médico periódico a los pilotos y la aprobación de un cuadro de condiciones mínimas exigibles para continuar en vuelo, adaptables al tiempo de servicio y a la experiencia aérea

---

<sup>329</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930

<sup>330</sup> Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española. Historia y Evolución", Madrid, 1995. pag 153

acumulada. El médico de aviación debía estudiar las condiciones de vuelo, la resistencia individual de los pilotos, los efectos de la altura, del frío, las consecuencias de las emociones, las necesidades de orden sensorial y de reacción psicomotriz de todo el personal de vuelo, su ritmo de aprendizaje, de trabajo y de descanso. Para ello se contaba, como especial avance tecnológico, con una cámara neumática a través de la que estudiar las variaciones somáticas y psíquicas que experimentaba el organismo como consecuencia de los cambios de altitud durante el vuelo. También data de estos primeros tiempos la medición y transmisión de las variaciones de la reacción psicomotriz y la discriminante. Igualmente fueron objeto de especial atención la sensibilidad estatocinética y las reacciones laberínticas, cuyos métodos de estudio mejoraron principalmente con la construcción y utilización de la silla giratoria de velocidad variable y un dispositivo de orientación denominado estado-cinemo-estesiógrafo, cuyo creador fue Luis Figueras Ballester.<sup>331</sup>

Al estudio del piloto por la medicina en una disciplina que se hace específica se aúna, posteriormente, el estudio del aparato hacia el fin sanitario, de modo que, de este segundo contacto de las dos ciencias surge la denominada aviación sanitaria, que dio lugar a un primer Congreso Internacional en mayo de 1929.<sup>332</sup>

No obstante, la aplicación del avión a la finalidad sanitaria no fue acometida sin dificultades, siendo preciso, en los primeros momentos, una lucha reivindicativa

---

<sup>331</sup>Manuel Gracia Rivas, "La Sanidad Naval Española. Historia y Evolución", Madrid, 1995. pag 154-155

<sup>332</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930.



para que las exigencias técnicas que la consecución de tal fin, incuestionablemente posible y deseable conllevaban, fueran acometidas sin dilaciones ni obstáculos, consiguiendo el ajuste perfecto y recíproco entre tecnología y humanitarismo.

En este sentido, los primeros aviones denominados "aviones sanitarios" solo tenían, como tal, la intención y el nombre, careciendo de la posibilidad de serlo pues le faltaba la asociación de los principios técnico-industrial y técnico-sanitario. La realidad de aquellos primeros aviones, así denominados, era la de aviones de bombardeo puestos ocasionalmente al servicio de transporte de heridos.<sup>333</sup>

No obstante, y pese a que la finalidad sanitaria quedaba en este tiempo relegada a los intereses propios del avión de combate, es lo cierto que, cuanto menos, se traslada la idea sanitaria a este tipo de transporte, cuestión nada desdeñable pues suponía avistar ya las enormes posibilidades que el empleo de una técnica como la aviación ofrecía al servicio del salvamento y de la atención de heridos, enfermos y náufragos.

Sobre el avión sanitario existía la idea primigenia de que había de ser concebido y construido para el fin al que iba a servir y que por ello había de contar con especiales condiciones de fuselaje, de aterrizaje y de velocidad, y

---

<sup>333</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930.

estar dotado de características propias que le permitieran atender su principal misión.<sup>334</sup>

Como último eslabón en la cadena entre la medicina y el transporte aéreo, se encuentran los estudios realizados sobre los efectos somáticos o patológicos sobre los heridos derivados del propio transporte aéreo, principalmente del descenso de la presión atmosférica.

La fisiopatología del transporte aéreo estudia las posibles alteraciones a consecuencia de la altitud que provoca efectos derivados de la concentración de oxígeno atmosférico y expansión de gases.

La disminución de la presión atmosférica condiciona el descenso de la presión parcial de oxígeno en aire ambiente, en el alveolo, produciendo la disminución de la presión de conducción de oxígeno transportado en la sangre. Esto adquiere especial relevancia en los helicópteros, cuya cabina no esta presurizada; por ello estos aparatos no pueden sobrepasar una altitud de vuelo superior a los 1.200-1.500 metros, sobre el nivel del mar.

En las aeronaves presurizadas, la altitud alcanzada en el vuelo no tiene especiales consecuencias, ya que se mantienen, generalmente, presiones próximas a las obtenidas a nivel del mar. Todo esto resulta de máxima importancia pues para los heridos o enfermos, una relativa hipoxia, consecuencia del descenso de la presión parcial de oxígeno, puede suponer un agravamiento de sus lesiones. La hiperventilación y el aumento del gasto cardiaco pueden ser críticos para la evolución del proceso e, incluso, tener

---

<sup>334</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930.

consecuencias irremediables. Por todo ello, a los heridos evacuados en aeronave debe garantizárseles una correcta oxigenación, suministrándoles oxígeno suplementario.

El descenso de la presión atmosférica también ejerce efectos sobre los gases encerrados en las cavidades orgánicas. De acuerdo con la ley Boyle-Mariotte, el volumen es inversamente proporcional a la presión y con la altura del vuelo se produce una expansión de los gases que puede provocar el aumento del volumen atrapado en el neumotórax no drenado; el agravamiento de enfisemas mediastínicos y expansión de los acúmulos de aire residual no reabsorbidos tras toracotomías; el aumento de la presión intracraneal en heridos con neumoencéfalo o en los que se ha practicado una neumoencefalografía; el aumento de la presión intraocular; la rotura de la membrana timpánica y barosinusitis; la isquemia distal tras inmovilizaciones con escayola; distensión del tracto gastrointestinal con agravamientos de íleos intestinales, dehiscencias de suturas y anastomosis abdominales en heridos posquirúrgicos; reactivación de hemorragias digestivas; etc.<sup>335</sup>

Una de las patologías más importantes y comunes que surgen durante los conflictos bélicos y que pueden ocasionar crisis en cuanto a su manejo y tratamiento lo constituyen las lesiones de miembros. Para garantizar el aseguramiento médico al herido de extremidades en las guerras han existido numerosos sistemas organizativos y diferentes técnicas, capaces de brindar la ayuda que requieren guardando relación con el desarrollo socioeconómico de cada

---

<sup>335</sup> "Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos" Uninet.

país, la magnitud del conflicto y el avance paulatino de la ciencia médica a lo largo de los años.<sup>336</sup>

Respecto de las acciones de combate puede afirmarse que el número de muertes resulta triplicado por el número de heridos. A continuación se vierten datos relevantes:

- en la Segunda Guerra Mundial la proporción fue de 4 heridos en acción por 1 muerto en combate.

- en la Guerra de Corea por cada muerto en combate hubo 4 heridos en acción

- en Vietnam, al principio del conflicto 5 heridos por cada muerto y al final del mismo, 3,4 heridos por fallecido.

Resulta significativa la distribución anatómica de las heridas, similar por otra parte en los distintos conflictos bélicos. En todas las informaciones relacionadas con el tema se coincide en cuanto a que los heridos de extremidades representan, habitualmente, las dos terceras partes del total de heridos. El 38% de las lesiones son causadas por proyectiles, el 50% por armas de fragmentación y el 10% por minas.<sup>337</sup>

Los requisitos generales exigidos para el mejor tratamiento, tanto para los heridos con lesiones músculo-óseas graves, como con los otros de distintas regiones corporales o combinadas, pero de igual categoría, son los siguientes:

---

<sup>336</sup> Juan Luis Vidal Ramos, "Fundamentos terapéuticos actuales para los heridos de extremidades durante la guerra", [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28\\_1\\_99/mil06199.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28_1_99/mil06199.htm)

<sup>337</sup> Juan Luis Vidal Ramos, "Fundamentos terapéuticos actuales para los heridos de extremidades durante la guerra", [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28\\_1\\_99/mil06199.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28_1_99/mil06199.htm)

- un personal médico y auxiliar con la debida competencia asistencial y próximo al frente,
- un tratamiento médico inicial y una evacuación lo más rápida posible hacia la retaguardia,
- un equipamiento médico suficiente y de calidad.

Esta combinación ha demostrado ser de alta eficacia para salvar vidas, disminuir invalideces y reducir costos sociales.

Es un hecho comprobado por los cuerpos y servicios médicos-militares de varios ejércitos, a la luz de los últimos acontecimientos bélicos, la mejor evaluación obtenida de los heridos cuando las intervenciones quirúrgicas de mayor emergencia se han practicado en hospitales de campaña y por unidades quirúrgicas móviles debidamente habilitadas, desplegadas en lugares espaciosos y protegidos en relación con el territorio donde se desarrollan las actividades de combate, con equipos sofisticados que les permiten practicar la resucitación y otras operaciones para mantener las funciones vitales de los heridos de manera más rápida o avanzada, al igual que los cuidados intensivos pre y postoperatorios y disponiendo también de los otros recursos complementarios, como laboratorio clínico, bando de sangre, rayos X, esterilidad, ventilación, humidificación, iluminación, climatización, etc. En ciertas condiciones combativas ésta puede ser la mejor opción, por encontrarse obstaculizada la evacuación más rápida hacia los hospitales de retaguardia o debido a la gravedad de los heridos, por ejemplo, la amputación traumática de un miembro.<sup>338</sup>

---

<sup>338</sup> Juan Luis Vidal Ramos, "Fundamentos terapéuticos actuales para los heridos de extremidades durante la guerra", [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28\\_1\\_99/mil06199.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28_1_99/mil06199.htm)

Para este tipo de lesionados el proceder quirúrgico inicial y oportuno de las llamadas "heridas frescas", resulta siempre absolutamente esencial. Es la base del éxito ya que se incrementan las posibilidades de sobrevivir, acorta la hospitalización, reduce las infecciones y permite un cierre primario diferido más rápido de ellas.<sup>339</sup>

Por otra parte, los factores mecánicos inherentes al medio de transporte aéreo, tales como aceleraciones, desaceleraciones, vibraciones y ruidos, apenas condicionan la evacuación de heridos en aeronaves. No obstante y como quiera que los efectos de la aceleración son más importantes en el eje transversal y vertical del aparato, resulta aconsejable la disposición del herido en el eje longitudinal de la aeronave, colocado en decúbito, con la cabeza hacia atrás y los pies hacia el sentido de la marcha.

Los ruidos son otro factor a valorar. Los ruidos de motores en los aviones se encuentran entre los 60 y los 70 decibelios y en los helicópteros entre 80 y 90. Este nivel de ruido impide la auscultación y la toma de tensión arterial del herido y puede obligar a la protección del herido con auriculares.<sup>340</sup>

La utilización del avión permite el rápido despliegue de personal y materiales que contribuyen a efectivizar la atención médica en sus fases prehospitalaria, hospitalaria o de tratamiento definitivo. El recurso humano que participa de estas situaciones debe estar formado con la máxima exigencia y su entrenamiento ha de ser continuo. En este sentido el Instituto Nacional de Medicina Aeronáutica

---

<sup>339</sup> Dufour D, Kroman JS. Surgery for victims of war. Ginebra, Comité Internacional de la Cruz Roja, 1988.

<sup>340</sup> "Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos" Uninet.

y Espacial (INMAE) desarrolla desde 1996 un curso de capacitación en evacuación aeromédica que permite complementar la formación de médicos civiles y militares en conocimientos básicos de medicina, aeronáutica, traslado de pacientes con distintas patologías, trauma y en organización de un aérea de desastre, entre otros.<sup>341</sup>

### **3°) EVOLUCIÓN DE LAS AERONAVES. APARATOS MÁS DESTACABLES.**

El ingeniero Bechereau diseñó el primer avión sanitario. Era un monoplano, biplaza, construido en 1912, y caracterizado por una cabina blindada, fijada bajo el fuselaje y, completando el equipamiento, un colchón neumático.<sup>342</sup>

Es la Asociación de Damas de la Cruz Roja francesa la que, en 1912, organiza este primer aeroplano, a efectos sanitarios, a iniciativa del Dr. Duchesoy, de Niza.<sup>343</sup>

La Primera Guerra Mundial, en lo que pudiera traducirse como una contradicción a su propia esencia, acelera enormemente los progresos de la aviación. El desarrollo histórico de la evacuación aeromédica ha estado relacionado

---

<sup>341</sup> Guillermo A. Muller, "Evacuación aeromedica"  
<http://www.aeroespacio.com.ar/560/site/-14evacuacion.htm>

<sup>342</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993.

<sup>343</sup> Armand Vincent, "L'aviation sanitaire. Historique-Vue d'ensemble" Editions, G.Roché D'Estrez, Paris, 1925.

muy estrechamente con la evolución y el progreso de la aviación. La íntima relación entre el mejoramiento de técnicas, el máximo aprovechamiento del sistema y las experiencias recogidas de los grandes conflictos armados (I y II Guerra Mundial, Corea y Vietnam) resulta evidente.<sup>344</sup>

La mayor dificultad para el avituallamiento sanitario de los aparatos es su exiguo espacio. En 1915 se idea un avión quirúrgico. Sin embargo el proyecto no verá la luz hasta 1918. Este avión, un Voisin X, biplano, motor Renault 12 Fe, velocidad de 130 km/h, admite, junto al piloto, un cirujano y su material de operaciones y dos compartimentos, uno debajo de cada ala, en los que se instalan a los heridos y enfermos. De este avión sólo se construyó un ejemplar.<sup>345</sup>

En la retirada de Serbia, se pone a prueba el practicismo del aparato de guerra, que unas veces bombardea y otras acalla su metralla para recoger en silencio algunos heridos. En plena contienda mundial, muchos médicos militares, en su mayoría franceses, (Marechal, Ribes, Sulliat, Reymond -médico y piloto, muerto en el campo de batalla, cuando se dedicaba precisamente a recoger heridos,- Chassaing, Godard, etc) trabajaron en la realización del avión sanitario, siendo los dos últimos los que, en Villacoublay, en 1917, lo presentaron. Este fue el avión que, en 1917 voló, oficialmente, como primer avión sanitario, una vez vencidas todas las trabas administrativas y conseguidos los permisos necesarios. Se trataba de un Doran A.R., cuyo fuselaje había sido profundamente modificado. Podía transportar dos heridos

---

<sup>344</sup> Guillermo A. Muller, "Evacuación aeromedica"  
<http://www.aeroespacio.com.ar/560/site/-14evacuacion.htm>

<sup>345</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui"  
Universite de Perpignan, 1993



acostados. Trabajó con firmeza en el "Aisne", llevando heridos de Moulin de Lafery a una ambulancia sanitaria situada a 60 Km. de distancia.<sup>346</sup> Por su parte las primeras evacuaciones sanitarias por avión tienen lugar en 1919.

En 1920 se construye un avión para transporte de heridos cuya principal novedad radica en que el paciente es introducido por el morro del aparato. Más tarde, en 1923, se construye el Hanriot LH cuya innovación es la introducción del herido a través de una puerta del costado derecho que permite su mejor instalación. En el mismo año se construye en España, por CASA, el Bréguet 19, un biplano, monomotor, con velocidad de hasta 214 Km/h y autonomía de 800 kilómetros del que existe una versión sanitaria.

En Francia, durante los episodios marroquíes, tuvieron gran importancia los aviones sanitarios. Ya en noviembre de 1920, el Jefe de la Aviación Levante, se vio en la necesidad de quitar las ametralladoras a sus aparatos de guerra para dedicarlos a transportar heridos. El avión sanitario salva al General Poeymiran, herido en Merkez, (Sahara), llevándolo al Hospital de "Ben Denib", al tiempo que el Dr. Falme, que era el encargado de operarle, era conducido desde Mequinez a dicho hospital, franqueando el Gran Atlas. Francia evacúa desde 1921 a 1929, 3.969 heridos en aviones sanitarios, siendo especialmente relevante el rapidísimo traslado de dieciocho heridos muy graves, desde Uarzan, a 80 kilómetros de distancia del hospital de

---

<sup>346</sup> Armand Vincent, "L'aviation sanitaire. Historique-Vue d'ensemble" Editions, G.Roché D'Estrez, Paris, 1925

campaña, recorridos en treinta y cinco minutos, distancia que antes suponía cerca de tres días.<sup>347</sup>

Los ingleses en el Irak, desde 1923, y los italianos en Trípoli y Libia, y pese a las dificultades debidas a las desfavorables condiciones atmosféricas, utilizaron también el avión sanitario como método regular de evacuación.<sup>348</sup>

Resultan especialmente interesantes las aplicaciones aéreas al medio marítimo. Los primeros intentos de esta particular aviación los establece el Dr. Girard en 1920, al poner en comunicación el Centro de aviación marítima de Berre, con el Hospital marítimo de Sain-Mandrier, situado junto a la rada de Tolon: el primer herido trasladado en hidroavión fue un fracturado de raquis y miembro inferior izquierdo, en marzo de 1921. En realidad el hidroavión era un Donet-Denhaut, con motor 275 HP, al que se había suprimido uno de sus reservorios de esencia para colocar al herido, previa abertura del casco. La Marina francesa, construye en 1923, su verdadero primer hidroavión sanitario, un hidroavión tipo Liore-Olliver con un motor Júpiter de 420 HP.<sup>349</sup>

En Italia, se construyeron los M.18 para el transporte de un herido y el M.24 para el transporte de cuatro heridos en camilla, en una cabina anterior y dos sentados en la posterior, modelo en el que eventualmente podían colocarse hasta seis camillas. También utilizó aparatos tipo "Junker"

---

<sup>347</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930.

<sup>348</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930.

<sup>349</sup> Armand Vincent, "L'aviation sanitaire. Historique-Vue d'ensemble" Editions, G.Roché D'Estrez, Paris, 1925

con dos camillas y un asiento, un "Farman" para cinco heridos, un "Aviatic" para un solo herido y los "Caproni", que derivados del modelo de bombardeo, resultó un trimotor capacitado para transportar seis heridos graves y dos leves.<sup>350</sup>

Por su parte los ingleses fueron partidarios de aviones sanitarios de gran rendimiento y para ello transformaron algunos aparatos militares y crearon dos clases de modelos: uno, verdadera ambulancia, para trasladar de 9 a 12 heridos, tipo "Andro-Andover" y otro, más reducido, tipo "Vickers-Vernou", biplano con dos motores de 450 HP, para dos heridos en camilla y cuatro sentados.

En Alemania y Estados Unidos los aviones comerciales fueron adaptados a las necesidades del transporte sanitario. En Suecia y Polonia, predominaron los tipos Breguet y Junkers.

Hasta la Segunda Guerra Mundial, los aviones sanitarios eran de tres tipos:

- 1.-el ligero, para un solo herido en camilla, de gran potencia, gran radio de acción y de fácil maniobra, a ser posible, fácilmente transformable en hidro, sustituyendo las ruedas por flotadores o skis.

- 2.-el mediano, para dos heridos, acompañados de médico y enfermero.

- 3.- el de gran rendimiento, con espacio habitable para más de dos heridos y facultativos.

---

<sup>350</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930.

Para todos ellos, resultaban características comunes la seguridad, un radio de acción de 250 kilómetros y una cabina de construcción hermética que permitiera una presión barométrica constante, impidiéndose la descompresión rápida. También eran tenidos en cuenta factores como la facilidad de acceso al aparato, la calefacción, ventilación, evacuación de excreta, medios de salvamento y auxilios de urgencia. La extrema potencia, sin embargo, era considerada casi como un inconveniente. La conclusión respecto de este transporte sanitario era terminante: los aparatos debían ser contruidos para este servicio humanitario considerándose inaceptable el uso indistinto para transporte de heridos o como bombarderos.<sup>351</sup>

Por otra parte, y según fuera la clase de guerra a afrontar (gran guerra, pequeña guerra o guerra colonial), existían particularidades de utilización.

1.- En la gran guerra la "ambulancia aérea" actuaba a distancia del frente de batalla, en combinación con los hospitales móviles avanzados, llevando a estos los casos de verdadera importancia, trasladando en los periodos de calma, los casos ya operados a hospitales fijos, para lo cual lo conveniente era que contaran con aeródromo en sus proximidades.

2.- En la pequeña guerra, en la que se opera por medio de columnas volantes, el traslado de las bajas se efectuaba desde la ambulancia del campo a un hospital fijo, caso de que éste no se encontrara a una gran distancia y no obligara por tanto a vuelos de más de dos horas, puesto que

---

<sup>351</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930.

no conviene a un herido la falta de atención durante más tiempo. Este sistema permite no establecer hospitales avanzados.

3.- En las guerras tropicales, el avión sanitario posee especiales ventajas, puesto que se trata de salvar distancias constituidas por terrenos difíciles que hacen la travesía especialmente dificultosa y lenta, impidiendo por tanto la aviación que el herido sufra tales penalidades.<sup>352</sup>

Finalmente cabe indicar que el material de la aviación sanitaria debía estar protegido por la señal de la Cruz Roja, llevando tal distintivo en lugar bien visible (en las caras superior e inferior de cada plano y a proa de la cabina), de color rojo con bordes blancos, sirviendo de noche, de señal y protección, las luces de navegación y las de identificación, al estilo de las que usan los buques-hospitales. Durante la Primera Guerra Mundial la evacuación aérea fue utilizada, no obstante, de forma limitada.

La Segunda Guerra Mundial, con su enorme contingente de enfermos y heridos confirma la extraordinaria utilidad del transporte sanitario. Durante este conflicto armado los transportes aéreos militares permitieron evacuar 1,4 millones de pacientes con tan sólo 46 muertos durante los vuelos. La evacuación aeromédica se convirtió en un sistema bien organizado desarrollado a partir de técnicas especiales, logrando reducir hasta un promedio de 10,5 horas la evacuación de los heridos.<sup>353</sup>

---

<sup>352</sup> Salvador Clavijo y José Rueda, "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual" Revista General de Marina, 1930.

<sup>353</sup> Juan Luis Vidal Ramos, "Fundamentos terapéuticos actuales para los heridos de extremidades durante la guerra", [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28\\_1\\_99/mil06199.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28_1_99/mil06199.htm)

El modelo Avro-Anson 625 A Mk II, bimotor de ala baja, construido en 1941 en Gran Bretaña, con velocidad de hasta 303 Km/h, será utilizado en Australia, Bélgica, Finlandia, Francia y Holanda. Por su parte, servirá de repatriación de enfermos y heridos de campos de concentración, el modelo Bloch 220, monoplano bimotor.

Un modelo largamente empleado en este conflicto será el Dakota DC-3, bimotor de ala baja construido por la firma americana Douglas. Su versión sanitaria, con una autonomía de 2.170 kilómetros, posibilita el traslado de 14 heridos acostados y 3 enfermeros. Fueron fabricados 965 ejemplares.<sup>354</sup>

Es de resaltar que, entre el desembarco de Normandía y la capitulación alemana, la evacuación aérea de heridos desde Gran Bretaña a los Estados Unidos fue de 385.576 pacientes y sólo en el mes de abril de 1945 fueron trasladados 82.000. Resulta obvia la efectividad de tal medio de transporte en el salvamento de víctimas. En este sentido, un director del Servicio de Sanidad de la Armada Americana, la US Army, afirmaba que "entre los medios que más vidas humanas han permitido salvar, la evacuación aérea debe colocarse en el mismo puesto que el plasma y la penicilina"<sup>355</sup>

La evacuación por vía aérea se inicio en África en 1943 siendo posteriormente una operación habitual en todos los frentes. Los aviones C-46, C-47 y C-54 eran aviones de

---

<sup>354</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

<sup>355</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

carga sin colores que los identificaran de manera especial, por lo que debían ser cargados y listos para volar en un tiempo no superior a diez minutos. Se les asignaba una enfermera y un médico. De 1.176.048 pacientes transportados por aire, en 31 escuadrones de transporte médico, sólo murieron 46.<sup>356</sup>

Terminada la Segunda Guerra Mundial, otros conflictos bélicos locales se suceden. Los constructores aeronáuticos continúan fabricando aparatos de los que se producen versiones sanitarias. Destaca el Dakota DC-3 Douglas C-47 A, SDK Skytrain, que realizará evacuaciones especialmente peligrosas en la batalla de Dien-Bien-Phu, en Indochina, transportando hasta 24 heridos, en posición horizontal, a la vez.

Por su parte el modelo Douglas DC-4, versión C-54 Skymaster, con autonomía de 4.020 kilómetros realiza las principales evacuaciones en la guerra de Corea, transportando hasta 30 heridos horizontalmente y personal de acompañamiento.

Destacan también el modelo Handley Page HP.67, utilizado en la RAF, con velocidad de hasta 560 km/h, autonomía de 2.720 km y una capacidad de transporte de 32 heridos acostados y 28 sentados.

A su vez, en 1950, el Douglas C-124 Globemaster II, cuatrimotor, monoplano, autonomía de 6.486 km, y velocidad de 436 km/h, podía transportar hasta 123 heridos en posición horizontal, 45 sentados y 15 enfermeros. Prestará

---

<sup>356</sup>

Exordio-Segunda Guerra Mundial-Enfermeras  
<http://www.exordio.com/1939-1945/militaris/medicine/enfermeras.html>.

servicios hasta 1970, en que será sustituido por los Lockheed C-5A Galaxy.

Fruto de la compañía CASA, el Dornier DO-27A verá la luz en 1955, y será fabricado en versión sanitaria para participar en el traslado de heridos.

El Transall C-160, construido por la firma alemana V.F.W, entra en servicio en 1980, y permite salvar distancias de 7.500 kilómetros con 62 heridos en posición horizontal y 4 médicos y enfermeros.

En 1992 realizó su primer vuelo el McDonnell Douglas C-17, avión de carga, con cuatro reactores, con capacidad de carga de 75 toneladas de material, 150 hombres de tripulación y la posibilidad de despegue en pistas de 900 metros. Entre las misiones para las que este aparato será utilizado por la US Air Force, figura la del transporte de heridos.<sup>357</sup>

Otro aparato aéreo utilizado igualmente como medio de evacuación de enfermos y heridos es el **hidroavión**. El primer ensayo data de 1903, pero habrá que esperar a 1909 para ver el primero de estos aparatos, obra del ingeniero Henri Fabre.

La Primera Guerra Mundial suspende momentáneamente las investigaciones.

En 1923, la aviación italiana pone en servicio el Siai-Marchetti S-55, que formará parte de su aviación militar.

---

<sup>357</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993



En sus flancos y en sus alas figurará el símbolo de la Cruz Roja.

El Heinkel He-59 C-2, con autonomía de 875 kilómetros, y con acceso a la parte sanitaria desde los flotadores mediante escalas, fue puesto en servicio, durante la Segunda Guerra Mundial por los alemanes. Salvó 12.000 náufragos.

Los Estados Unidos construyeron en los años 30, los Grumman, cuya versión sanitaria, JRF-5 Goose, fue utilizada por Francia en la guerra de Indochina.

Los italianos fabricaron el Cant Z.506-C, versión sanitaria 506-S, en servicio durante la Segunda Guerra Mundial.

Por su parte Japón construye en 1968, el Shin Meiwa SS-2 A, con velocidad de 547 km/h, 4.750 kilómetros de autonomía y que en versión sanitaria transporta 12 heridos en posición horizontal o 20 sentados, además de personal de acompañamiento.<sup>358</sup>

Por último un aparato aéreo muy utilizado en salvamento es el **helicóptero**. Concebido en su esencia por Leonardo da Vinci, será el ingeniero español De la Cierva quien, en 1907, construya la primera máquina de hélice capaz de elevarse de 5 a 8 metros durante algunos minutos. En 1924, en Francia, Dehmichen, se elevará a 10 metros durante 7 minutos y 40 segundos recorriendo algunos metros. Será en

---

<sup>358</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

1940, cuando un americano de origen ruso, Sikorsky, fabrique un aparato con sus condiciones actuales.<sup>359</sup>

Los helicópteros suponen una revolución en el concepto de evacuación y de evacuación asistida. Entre sus enormes ventajas destaca la posibilidad de acceso a zonas orográficamente difíciles, la rapidez, la versatilidad y la capacidad de maniobra. Sus desventajas son la limitación ante las condiciones climatológicas adversas, como los vientos fuertes o la niebla y la imposibilidad de realizar vuelos nocturnos. Se trata de un transporte medicalizado. También carecen de presurización.<sup>360</sup>

El uso de helicópteros para traslado de heridos y enfermos tiene como primer antecedente la Segunda Guerra Mundial. Durante este conflicto internacional, en el Pacífico, los americanos pusieron en funcionamiento cincuenta unidades de Sikorsky type R4. Participaron en 10.000 misiones, la mayoría de ellas de naturaleza sanitaria.<sup>361</sup>

Por su parte, en noviembre de 1941, el inventor Arthur Young y su ayudante Bartram Kelley persuadieron a la Bell Aircraft Corporation de Búfalo, New York, para patrocinar el desarrollo de un modelo de helicóptero denominado Modelo 30. La nave realizó su primer vuelo experimental en junio de 1943, y contaba con un simple rotor de 2 palas y un pequeño rotor de cola. En abril de 1945, el tercer modelo 30 voló demostrando muchas de las características que pronto fueron incorporadas en el modelo 47, que voló el 8

---

<sup>359</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

<sup>360</sup> "Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos" Uninet.

<sup>361</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

de diciembre de 1945. En marzo de 1946 se convirtió en el primer helicóptero certificado comercialmente. El Bell 47/H-13 tenía dos asientos englobados dentro de una burbuja de plástico característica.

Tras la Segunda Gran Guerra el perfeccionamiento de estos aparatos continúa. Durante la guerra de Corea, el "Tirad Air Rescue Suquadron" fue requerido para evacuar soldados heridos de localización inaccesible para las ambulancias terrestres.<sup>362</sup> Diversos estudios fijan en unas 7.000 el número de vidas rescatadas por helicópteros en dicha campaña.<sup>363</sup>

Pronto el H-13, que era utilizado sobre todo en misiones de observación se convirtió en una ambulancia aérea, transportando heridos desde el frente hasta los hospitales de campaña (Mobile Army Surgical Hospitals - M.A.S.H.), habitualmente alejados del campo de batalla.

Debido a que Corea tenía un frente de batalla irregular durante la segunda mitad de la guerra las unidades debían estar localizadas cerca del frente por lo que los helicópteros no tenían que volar largas distancias para transportar a los heridos. No fue este el caso, sólo unos años mas tarde, en Vietnam, donde no existían claras líneas del frente y los helicópteros encargados de la evacuación sanitaria a menudo tenían que volar dentro del campo de batalla para recuperar a los heridos y transportarlos a largas distancias para conseguir ayuda médica. En los años 50, los franceses utilizaron los helicópteros Sikorsky H-19

---

<sup>362</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

<sup>363</sup> A. García Alonso, "Algo sobre salvamentos con helicópteros", Madrid, 1959

para transportar a sus heridos durante la guerra de Indochina. La Fuerza Aérea Norteamericana también empleo el H-19 en misiones de búsqueda y rescate en Corea. A mediados de los años 50, el ejército norteamericano comenzó a buscar un sustituto para reemplazar al Bell Modelo 47 en misiones de evacuación sanitaria y pronto encontró el Bell modelo 204, HU-1<sup>a</sup> "Huey". A principios de 1962, el 57<sup>th</sup> Medical Detachment (Helicóptero Ambulancia) fue a Vietnam para proporcionar evacuación sanitaria al Ejército de la República de Vietnam. Las unidades "Hueys" llevaban una gran cruz roja pintada en el morro y en los laterales y se convirtieron en los principales helicópteros para evacuación sanitaria de la guerra.

En 1950, Estados Unidos organizó un destacamento de helicópteros destinado exclusivamente para transporte de heridos. Las experiencias de Estados Unidos en Corea, de Gran Bretaña en Malasia y de Francia en Indochina, evidenciaron la reducción de la tasa de muerte en el campo de batalla por el empleo del transporte aéreo. El posible escepticismo acerca de la eficacia de la utilización del helicóptero en tareas sanitarias desapareció por completo durante la guerra de Vietnam. Las experiencias observadas en esta contienda fundamentaron la aceptación del helicóptero como un aparato imprescindible en la evacuación y asistencia a heridos, de modo que posteriormente han sido habilitados para muy diversos cometidos, entre otros, para salvamento en montaña y para extinción de incendios, constituyendo un elemento integrante de los modernos Sistemas de Emergencias.<sup>364</sup>

En 1953, se construyen los Sikorsky S-55, que alcanzan una velocidad de hasta 180 Km/h, una autonomía de 580

---

<sup>364</sup> "Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos" Uninet.

kilómetros y que en versión sanitaria está equipado para facilitar el transporte de 6 heridos en posición horizontal y 6 sentados, así como personal de acompañamiento, constituyendo como mayor progreso el que los pacientes vayan instalados, no ya en los costados exteriores del aparato, como en modelos precedentes, sino en el interior de la cabina, resguardados por tanto de posibles insolaciones y posibilitados de cuidados ya durante el traslado.

Los soviéticos no se quedan atrás en la fabricación de este tipo de aeronaves, construyendo el Mil 4 (Mi-4), con una velocidad de 165 Km/h, y que en versión ambulancia era capaz de transportar 8 heridos acostados y un enfermero. Más tarde, el modelo Mil 6 (Mi-6) será el primer helicóptero con velocidad de 250 kilómetros, autonomía de 635 kilómetros y capacidad para trasladar 41 pacientes y 2 enfermeros.

Por su parte el modelo alemán Messerschmitt-Bölkow-Blohm MBB BO 105CB, que realizó su primer vuelo en 1967, era una de las máquinas mejor equipadas de su clase, incluyendo botellas de oxígeno, electrocardioscopio, tensiómetro automático, equipo de reanimación respiratoria y circulatoria, instrumental de cirugía y medicamentos.

Otro helicóptero con gran equipamiento médico será el Dauphin 2 SA 365 N, en el que viajará un médico y un enfermero.

Sobre los años 80, la Guardia Aérea Suiza de Salvamento, pone en servicio los Augusta A-109-K2, una combinación de aparato civil y aparato militar que incorpora un sistema de

navegación por satélite, que permite su constante localización.

Los Westland-Augusta EH 101, posibilitan el montaje de 4 camillas superpuestas a cada costado del aparato permitiendo el traslado de 16 heridos acostados.<sup>365</sup>

Los helicópteros destacan también por sus posibilidades de rescate de náufragos. Por regla general todos estos aparatos destinados a salvamento están dotados de un chigre que les permite la recogida, desde vuelo estacionado, de un hombre, el cual es izado e introducido en la cabina en muy poco tiempo. Una eslinga, silla o litera puede ser hundida al cable del chigre, que termina en un gancho adecuado. El peso levantado varía entre 400 y 600 libras según los modelos. La longitud del cable es de unos 100 pies. El mando del chigre es activado desde la cabina de pilotos o desde la cabina de pasajeros, por un miembro de la dotación. La eslinga debe ser de fácil manejo para que el naufrago pueda colocársela sin dificultad en el agua, y construida de material que permita su especial flotabilidad.

Forman también parte del equipo de salvamento de que van dotados estos aparatos, los siguientes enseres: mantas, balsas, chalecos salvavidas, guías, materias colorantes y botes de humo, toda vez que es posible que en algunos casos, y pese a las enormes posibilidades de estos aparatos, no puedan recoger al náufrago dadas las circunstancias de la operación, mayoritariamente por causas climatológicas, y deban por tanto conformarse con facilitar

---

<sup>365</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

tal asistencia hasta que pueda ser recogido por buques de superficie.<sup>366</sup>

La maniobra de recogida se lleva a cabo con la aproximación del aparato al punto donde se encuentran los náufragos, realizándose de proa al viento; a una distancia prudencial arriará el cable del chigre, llevando en su extremo enganchada la eslinga de salvamento la cual, de material flotante, irá arrastrada en superficie a medida que el helicóptero se va acercando a la vertical del náufrago, manteniéndose a la altura más baja posible compatible con el estado del mar.

En el caso de que el náufrago pueda valerse por sí mismo, meterá cabeza y brazos dentro de la eslinga en cuanto esté a su alcance, adosándola a su espalda y manteniéndose agarrado a ella con ambas manos con los codos pegados a los costados por encima de la misma. Es muy difícil que un cuerpo, aun desfallecido, se deslice de una eslinga bien colocada.

En el caso de que el náufrago se encuentre imposibilitado, será un miembro de la dotación el que baje hasta el agua, el cual será arriado e izado por el piloto mediante un gancho mordaza especial unido al cable del chigre.<sup>367</sup>

---

<sup>366</sup> A. García Alonso, "Algo sobre salvamentos con helicópteros", Madrid, 1959

<sup>367</sup> A. García Alonso, "Algo sobre salvamentos con helicópteros", Madrid, 1959

#### **4º) TRANSPORTE AÉREO SANITARIO: TIPOS DE TRANSPORTE.**

Para el acometimiento de la atención sanitaria a enfermos y heridos en conflicto armado se distingue entre transporte aéreo primario y transporte aéreo secundario.

4.1. Transporte aéreo primario: es el realizado desde el lugar de la emergencia, desde el teatro de operaciones, hacia un centro asistencial, bien un hospital de campaña o un buque hospital, bien un hospital fijo, dependiendo de la distancia. El transporte aéreo posibilita así la reducción del intervalo de ausencia de tratamiento del herido, la minimización del tiempo de su traslado al centro de atención más adecuado e, incluso, el aseguramiento suficiente y cualificado de un tratamiento in situ a sus heridas. Los aparatos, asistidos y medicalizados tienen como objetivo principal conseguir la atención precoz al herido.<sup>368</sup>

La asistencia médica a bordo resulta complicada, especialmente por cuestiones de espacio y estabilidad. Resulta preciso realizar todas las maniobras de estabilización antes de iniciar el traslado, especialmente cuando se trata del transporte en helicóptero. El control del drenaje de neumotórax, de las canalizaciones venosas, la colocación de sondas nasogástricas o vesicales o la inmovilización de fracturas, deben realizarse antes del embarque del herido. Todos los elementos que constituyen el soporte asistencial como son los tubos, sondas, catéteres, etc., deben ser asegurados antes del despegue. Para los

---

<sup>368</sup> "Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos" Uninet.



pacientes con traumatismos graves el primer reconocimiento debe realizarse in situ, llevándose a cabo un segundo reconocimiento durante la evacuación, preciso para impedir que determinadas lesiones, que pudieran influir negativamente y de modo trascendental, imposibilitando una buena evolución, pasen desapercibidas<sup>369</sup>

En el actual conflicto armado iraquí los combatientes heridos son transportados en los enormes aviones C-4 y C-131 hasta el Centro Medico Regional de Landstuhl, en el suroeste de Alemania, el mayor hospital militar del Ejército de los Estados Unidos fuera de su territorio. Desde el comienzo de la guerra de Irak, ha sido un puente de asistencia sanitaria entre el campo de batalla y el país norteamericano. A este hospital llegan los heridos cuya gravedad no permite que sean restablecidos en Irak. Por él han pasado desde abril de 2003 mas de 18.000.<sup>370</sup>

Los aviones aterrizan en la base aérea de Ramstein y los heridos son transportados en autobuses los cinco kilómetros que restan hasta el hospital en el pequeño pueblo de Landstuhl, de 7.000 habitantes.

El 80% de los pacientes en este hospital no pueden, por la gravedad de sus heridas, volver al combate y, una vez estabilizados en Alemania, son enviados a Estados Unidos. El otro 20% vuelven a Irak después de recuperarse.<sup>371</sup>

---

<sup>369</sup> "Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos" Uninet.

<sup>370</sup> Jasón Sinclair, "Solo los heridos salen del infierno", El País, miércoles 15 de diciembre de 2004.

<sup>371</sup> Jasón Sinclair, "Sólo los heridos salen del infierno", El País, miércoles 15 de diciembre de 2004.

4.2. El transporte aéreo secundario: es el que se efectúa de un punto de asistencia a otro. El centro de asistencia receptor será de nivel superior en capacidad, medios y seguridad al de partida -hospital de campaña o buque hospital- y lo constituirá, por regla general, un hospital fijo.

En el llamado traslado secundario de heridos debe valorarse principalmente la situación de inestabilidad de éstos, haciendo desaconsejable el de aquellos que padezcan hipoxemia grave, inestabilidad hemodinámica o hipertensión intracraneal. Durante el traslado de aquellos heridos cuyo diagnóstico a priori lo haga adecuado será, no obstante, necesario continuar con la asistencia y vigilancia continua del herido o enfermo.<sup>372</sup>

En la contienda de las Islas Malvinas, el Hospital Militar de Comodoro Rivadavia, situado a 1.000 kilómetros de las islas fue trasladado a las Islas Malvinas, ubicándose en Puerto Argentino. Se convirtió en la instalación sanitaria más importante de la zona de combate, con 45 médicos, 4 bioquímicos, 2 farmacéuticos, 26 enfermeros y demás personal sanitario hasta un total de 122 efectivos.

Su capacidad era de unos 70 pacientes, si bien llegó a atenderse hasta 146, agregándole una tienda de campaña y una casa particular de dos plantas. Contaba con radiología, laboratorio, 6 mesas de operaciones, 6 camas de cuidados intensivos y 5 camillas de reanimación y clasificación de heridos.<sup>373</sup>

---

<sup>372</sup> "Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos" Uninet.

<sup>373</sup> José R. Buroni y Enrique M. Cevallos, "La medicina en la Guerra de las Malvinas", Editorial Circulo Militar, Argentina, 1992.

Por su parte la Isla Gran Malvina quedó bajo la asistencia del puesto principal de socorro de la Compañía n° 3, con 11 efectivos, 4 de ellos médicos, con una muy limitada capacidad quirúrgica y escasa capacidad de internación. Al sur de la Isla Gran Malvina -Bahía Fox- se instaló un grupo de socorro que contaba con 3 médicos, 1 odontólogo, 2 enfermeros y poseía 30 camillas pero no capacidad quirúrgica.

En la Isla Soledad, cada una de las unidades desplegadas instaló un puesto de socorro y a partir del 1 de junio de 1982 se pudo disponer en la zona de 2 buques-hospitales denunciados e identificados según las estipulaciones de la Convención de Ginebra del 12 de agosto de 1949. Los buques "Bahía Paraíso" y el "Almirante Irizar", desempeñaron un papel muy importante en la evacuación de heridos desde las islas al continente, especialmente el primero de ellos, el más útil y el más nuevo de la Armada Argentina. Tenía 250 camas de internación, cirugía, laboratorio, radiología, dos puestos de recepción y clasificación de heridos, un helicóptero con capacidad para 8 camillas y una pista de helicópteros. El personal médico lo conformaban 24 médicos y 50 enfermeros.<sup>374</sup>

Las evacuaciones se efectuaban desde el frente hacia los puestos de socorro, generalmente a pie por lo difícil del terreno y por los escasos helicópteros disponibles. Desde el puesto de socorro se reacondicionaba al herido para continuar viaje en ambulancia o en otro vehículo (incluido en este caso el aéreo) hasta el hospital militar de Puerto Argentino. Si además desde aquí era necesario, por la gravedad de las heridas, una atención más especializada se

---

<sup>374</sup> José R. Buroni y Enrique M. Cevallos, "La medicina en la Guerra de las Malvinas", Editorial Circulo Militar, Argentina, 1992.

trasladaba al barco-hospital "Bahía paraíso" o se trasladaba al continente en aviones Hércules hacia el Hospital Militar de Bahía Blanca, al Hospital Naval de Puerto Belgrano y al Hospital Militar de Campo de Mayo.

La atención sanitaria en este conflicto armado fue acometida de forma que las cirugías menores se practicaron en el Hospital Militar de Puerto Argentino, mientras que aquellas que requirieron de mayor infraestructura y tratamiento se realizaron, en una primera atención, en este hospital de las Islas Malvinas para su finalización en el Hospital Militar de Campo de Mayo, con infraestructura suficiente para practicar cirugía de máxima complejidad.<sup>375</sup>

No hay ninguna técnica que haya tenido más interés a nivel humanitario en las operaciones militares que la utilización de helicópteros para evacuación de heridos. Para asegurar el apoyo que tales aparatos concedían era necesario que las formaciones sanitarias estuviesen absolutamente integradas en la fuerza táctica, poseyendo el mismo grado de movilidad que aquélla.<sup>376</sup>

Los planes de evacuación se diseñan previendo la utilización de equipos sanitarios de urgencia, transportados en helicópteros hacia las zonas donde se encuentran los heridos y donde se establece un puesto de clasificación y evacuación. Cada puesto cuenta con un médico, personal y material sanitario de urgencia y debe administrar los primeros cuidados a los heridos y establecer el orden de prioridad de las evacuaciones.

---

<sup>375</sup> José R. Buroni y Enrique M. Cevallos, "La medicina en la Guerra de las Malvinas", Editorial Circulo Militar, Argentina, 1992.

<sup>376</sup> C. Rohrs, T.O'Connor y J.A. Addison, "Papel de apoyo del helicóptero sanitario", Revista General de Marina, 1962

También prevén compañías de reaprovisionamiento y de apoyo a los puestos de socorro avanzados con pequeños hospitales de campaña móviles, de una capacidad aproximada de unas sesenta camas. El material básico de estas formaciones está compuesto por instrumental quirúrgico, esterilizadores, aparatos de rayos X, material de laboratorio, banco de sangre, etc.<sup>377</sup>

La carga del material con que se dotan los equipos, compañías y hospitales de campaña debe realizarse de modo que pueda ser manipulado rápidamente, lo que pasa por un perfecto embalaje, una rigurosa distribución, con numeración y clasificación de las diferentes cargas y un orden de prioridad en la descarga. El aprovisionamiento y reaprovisionamiento de elementos sanitarios es uno de los fines principales destinados a los helicópteros. El personal, el equipo pesado y las provisiones deben desembarcarse en no más de una hora y cuarenta y cinco minutos. La compañía debe estar completamente instalada, camuflada, con hospital montado y en disposición de recibir heridos en no más de tres horas desde su traslado.

Los camilleros se encargan de la recogida de heridos y de su transporte hasta el puesto de clasificación. Los helicópteros se emplean como medio de evacuación para transportar heridos desde la compañía, en cuyo hospital reciben los primeros socorros y les son practicadas intervenciones quirúrgicas de cirugía menor, hasta el hospital fijo o el barco-hospital, según distancia y valoración médica.<sup>378</sup>

---

<sup>377</sup> C. Rohrs, T.O'Connor y J.A. Addison, "Papel de apoyo del helicóptero sanitario", Revista General de Marina, 1962

<sup>378</sup> C. Rohrs, T.O'Connor y J.A. Addison, "Papel de apoyo del helicóptero sanitario", Revista General de Marina, 1962

**5º) ATENCIÓN SANITARIA EN OPERACIONES BÉLICAS.**  
**DOCTRINA SANITARIA OTAN. SU INCORPORACIÓN AL**  
**DERECHO ESPAÑOL.**

La situación actual en la que se asignan a las Fuerzas Armadas misiones especiales en un marco internacional y se plantea la constitución de fuerzas multinacionales, hace que tengan mayor relieve las actuaciones conjuntas, las cuales deben estar previstas, en sus principios y principales criterios de actuación, en protocolos previos en los que se recogen los aspectos generales y comunes de los distintos apoyos a prestar, destacando como uno de los apoyos que los ejércitos precisan con especial significación el apoyo sanitario. Este apoyo permite mantener sus efectivos en las mejores condiciones psicofísicas, recuperar las bajas en caso de que se produzcan y sostener la moral de las tropas.

El conjunto de medios humanos y materiales organizados adecuadamente e integrados en la fuerza a la que apoyan, con la misión de atender a la salud de sus miembros, constituyen los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Esta sanidad, cuyo componente humano facultativo es el Cuerpo Militar de Sanidad debe actuar coordinadamente en el apoyo sanitario a operaciones conjuntas o combinadas.

La Inspección General de Sanidad de la Defensa, en su calidad de asesora del Jefe del Estado Mayor de la Defensa en materia de logística operativa sanitaria, tiene el cometido de estudiar los procedimientos que faciliten el apoyo sanitario conjunto en operaciones. Para ello ha sido elaborado, en colaboración con las Direcciones de Sanidad

de los Ejércitos, el documento "Doctrina Sanitaria Conjunta". Este documento se enmarca en la vigente normativa internacional y es totalmente acorde con la doctrina sanitaria OTAN, plasmada en el MC 326/1 "NATO Medical Support Principles and Policy".<sup>379</sup>

En el marco de la Doctrina Sanitaria Conjunta se entiende por apoyo sanitario el conjunto de acciones encaminadas a garantizar la atención a la salud de los miembros de las Fuerzas Armadas, para mantener su capacidad de combate. Dentro del apoyo sanitario y como parte fundamental, la asistencia sanitaria es el conjunto de actividades facultativas encaminadas al cuidado directo de la salud de los miembros de las Fuerzas Armadas.

Los principios generales que rigen el apoyo sanitario son la calidad, la progresividad, la oportunidad, la continuidad, la confidencialidad y la legitimidad:

1º. Calidad: el apoyo sanitario a las fuerzas en operaciones militares ha de estar dentro de los cánones de calidad nacionales. Incluso en guerra el objetivo deseable es proporcionar un nivel de asistencia médica igual al de situación de paz.

2º. Progresividad: la capacidad de asistencia sanitaria desplegada debe ir en aumento de vanguardia a retaguardia, siendo el orden general, según ya quedara apuntado en el apartado relativo a los tipos de transporte: primeros auxilios, reanimación y estabilización, cirugía de urgencia, tratamiento, rehabilitación. Esta progresividad

---

<sup>379</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

se logra con el escalonamiento de los medios y con la clasificación.

3°. Oportunidad: la reanimación y estabilización de los pacientes o bajas sanitarias debe ser aplicada, con relación a los plazos de tiempo, de tal manera que se cumplan las normas al uso de la práctica en medicina de urgencia, teniendo en cuenta el ambiente operativo. El planteamiento del apoyo sanitario debe tener en cuenta que la reanimación y la estabilización pueden requerir procedimientos quirúrgicos de urgencia, así como de cuidados intensivos. En consecuencia este apoyo será proporcionado lo más próximo posible y tan pronto como se pueda, tras producirse la lesión debe disponerse de asistencia quirúrgica de urgencia, para prevenir secuelas y discapacidades y facilitar la recuperación, y de cirugía adicional posterior, en su caso.

Para asegurar una atención médica oportuna al mayor numero de pacientes, se les clasifica en categorías según la urgencia de sus necesidades clínicas. La clasificación es un proceso flexible y continuo en el espacio y el tiempo. En todos los casos, la situación clínica del paciente será la que determine la prioridad, el momento, los medios y el destino de la evacuación. La evacuación requiere de la coordinación técnica del personal sanitario.

4°. Continuidad: los pacientes deben ser atendidos de forma continua en su paso por los diversos órganos sanitarios que constituyen la cadena sanitaria. Durante la evacuación también se prestará asistencia médica. Es fundamental el control y seguimiento de los pacientes en su paso de una instalación sanitaria a otra.



5°. Confidencialidad: la información sobre los pacientes no debe ser transmitida a individuos u organizaciones que no tengan la necesidad médica de conocerla, excepto cuando los criterios nacionales lo requieran para los pacientes de la correspondiente nación.

6°. Legitimidad: las actividades médicas deben llevarse a cabo de acuerdo con los Convenios de La Haya y de Ginebra y en general con los preceptos del Derecho Internacional Humanitario. Todos los heridos y enfermos que se atiendan serán tratados sin discriminación, según sus necesidades clínicas y los recursos asistenciales disponibles.<sup>380</sup>

Por su parte, son principios del apoyo sanitario en operaciones: la autoridad, la adecuación, la disponibilidad, la movilidad, la coordinación, la cooperación y la estandarización.

1. Autoridad: todo mando conjunto es responsable del apoyo sanitario de las fuerzas bajo su mando y de determinar los medios necesarios para desarrollar dicho apoyo, así como la de materializar y canalizar el apoyo logístico sanitario que haya sido puesto a su disposición.

2. Adecuación: la capacidad sanitaria debe estar en equilibrio con los riesgos previstos de las fuerzas desplegadas. Los recursos sanitarios requeridos al inicio de una operación deberán ser calculados para recoger, evacuar, tratar y hospitalizar a los previsibles pacientes, según los índices de bajas previamente previstos. Los recursos habrán de ampliarse progresivamente a medida que

---

<sup>380</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

aumente la intensidad del combate. Igualmente deben adaptarse a los incrementos bruscos de los índices de bajas estimados, lo que puede provocar la superación de las capacidades previstas, obligando a llevar a cabo las modificaciones precisas. Cuando, por el contrario, lo que se produzca sean menos bajas de las inicialmente previstas, lo que habrá que acometer serán las reducciones precisas para lograr la adaptación a las necesidades reales.

3. Disponibilidad: las unidades y órganos de sanidad y el personal sanitario de los Estados Mayores y de las Planas Mayores, deben tener el mismo grado de disponibilidad que la fuerza que apoyan, así como la flexibilidad que demanden los cambios de la situación operativa.

4. Movilidad: las unidades y órganos sanitarios deben ser tan flexibles y móviles como la fuerza a la que apoyan.

5. Coordinación: el intercambio de información, en cuanto a apoyo sanitario, es esencial para la calidad de la asistencia y para la gestión eficiente del apoyo sanitario, para lo que es necesario establecer un sistema de enlace eficiente entre los escalones y órganos sanitarios desplegados, con independencia del mando o ejército al que pertenezcan.

6. Cooperación: para la eficacia del apoyo sanitario es conveniente la coordinación y colaboración con la sanidad civil nacional o local y con organizaciones internacionales, lo que debe ser organizado con arreglo a lo que se establezca por el mando conjunto correspondiente.

7. Estandarización: los elementos sanitarios de los Ejércitos deben tener el mayor grado posible de compatibilidad, interoperatividad, intercambiabilidad o incluso de igualdad.<sup>381</sup>

Son actividades sanitarias desplegadas a fin de prestar el apoyo sanitario necesario en las operaciones militares: el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que se lleva a cabo mediante la denominada medicina preventiva; la asistencia médica, propiamente dicha, mediante el tratamiento de las lesiones y enfermedades; el traslado de los pacientes hacia las instalaciones sanitarias más adecuadas para el tratamiento de sus lesiones y enfermedades, lo que constituye la evacuación y, finalmente, y también cuestión fundamental, el abastecimiento sanitario.

De entre las actividades sanitarias señaladas - medicina preventiva, tratamiento, evacuación y abastecimiento sanitario - destaca, por su relación esencial con el transporte aéreo, la evacuación de enfermos y heridos.

La evacuación sanitaria es la acción de transportar en condiciones adecuadas a heridos y enfermos a una instalación sanitaria. Sobre la evacuación inciden diversos factores como son: la situación táctica, la distancia, el estado de las rutas de evacuación, las condiciones meteorológicas y los medios disponibles de evacuación.

Son cometidos de esta actividad sanitaria el trasladar las bajas sanitarias a las instalaciones asistenciales sin

---

<sup>381</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

solución de continuidad y aunque las circunstancias sean adversas; mantener la continuidad de la atención médica; controlar y regular de forma continua a lo largo de la cadena de evacuación el flujo de pacientes, en función de las necesidades asistenciales y de los medios disponibles.<sup>382</sup>

Las bajas sanitarias presentan distintos grados de urgencia y algunas exigen un tratamiento quirúrgico precoz, esto es, dentro de un plazo improrrogable denominado plazo operatorio que habitualmente no permite su traslado directo a hospitales preexistentes en tiempos de paz, por lo que hay que adelantar otros elementos sanitarios, desplegables y menos dotados, pero que permiten tratar las urgencias dentro de los plazos operatorios, situando a las víctimas en condiciones de ser evacuadas hacia retaguardia para un tratamiento definitivo posterior. Estos elementos sanitarios asistenciales están constituidos por formaciones hospitalarias con capacidad quirúrgica, denominados hospitales de campaña, los cuales se escalonan en profundidad, con arreglo a los plazos operatorios de las bajas.

Cuanto más problemática sea la evacuación entre dos niveles de tratamiento, mayor será la capacidad de tratamiento que se exigirá en el nivel inferior.<sup>383</sup>

Hacia la vanguardia han de instalarse también, escalonadamente, otros elementos sanitarios para tratamientos elementales de primeros auxilios, reanimación

---

<sup>382</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

<sup>383</sup> Operaciones de evacuación de no-combatientes. Manual Marítimo Multi-nacional. OTAN-Navy Warfare Development Command (Mando para el Desarrollo de la Guerra naval), enero 1999.

y estabilización y en los que se realice, simultáneamente, la clasificación de las bajas a fin de determinar la urgencia y las prioridades y destino de la evacuación hacia las formaciones hospitalarias.

Todas las instalaciones sanitarias asistenciales están engarzadas constituyendo un conjunto funcional único denominado cadena de evacuación, que es en realidad de evacuación y de tratamiento.

El proceso de evacuación tiene distintas fases o etapas para poder prestar la asistencia sanitaria precisa durante un proceso que puede ser largo hasta alcanzar las instalaciones sanitarias fijas de tratamiento y recuperación del territorio nacional. La evacuación de las bajas no ha de seguir necesariamente todos y cada uno de los escalones. La misión, la situación y los medios disponibles -especialmente los aéreos- determinaran el plan general de evacuación y tratamiento.

A fin de prestar la asistencia sanitaria más completa y lo antes posible, el funcionamiento general del apoyo sanitario tiene que conjugar dos acciones esenciales, la evacuación rápida hacia los hospitales de retaguardia y el despliegue adelantado de medios de tratamiento.

La condición clínica del paciente será el criterio determinante para establecer el momento de la evacuación entre escalones. También será la situación clínica la que condicione los medios y el destino de la evacuación. La evacuación tiene como principal cometido, conseguir que el paciente alcance la cirugía de urgencia o el tratamiento

que precise de la manera más rápida, por el sistema más seguro y con la mejor atención posible.<sup>384</sup>

La evacuación sanitaria es el transporte de bajas sanitarias hasta o entre formaciones sanitarias, en las condiciones adecuadas. Las organizaciones sanitarias encargadas de la evacuación constituyen, junto con las encargadas de los primeros auxilios, de la clasificación y del tratamiento la cadena de evacuación, la cual se inicia en el puesto sanitario donde se presta la primera asistencia y finaliza en el lugar donde se hace el tratamiento definitivo y la recuperación, escalonándose formando una red que cubre todo el teatro de operaciones.

El proceso de evacuación se divide en cuatro escalones, fases o etapas, que no son compartimentos estancos, no siendo necesario atender el seguimiento de todos y cada uno de ellos en el desarrollo de la misma. Para una eficacia plena del apoyo sanitario la evacuación habrá de gozar de especial flexibilidad, de modo que puedan agregarse o segregarse medios entre escalones, en una adaptación continua a las necesidades de la situación.

El cuarto escalón presta el apoyo sanitario más completo y coordina y apoya el o los terceros escalones. Supone la evacuación de bajas desde el tercer escalón y las asiste hasta la recuperación completa, lo que suele requerir un tratamiento especializado y prolongado en el tiempo que habitualmente se prestará en territorio nacional.<sup>385</sup>

---

<sup>384</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

<sup>385</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

El tercer escalón tiene como principal misión asegurar que las bajas dispongan de cirugía de urgencia lo antes posible y siempre antes de seis horas desde la producción de la lesión. Este es el principio que gobierna la localización, capacidad y entidad de los elementos del tercer escalón.

El tercer escalón es un elemento crucial del sistema de apoyo sanitario y se caracteriza por disponer del primer nivel de capacidad quirúrgica plena para urgencias y hospitalización. Desde él se coordina el apoyo sanitario de los segundos escalones. Tiene el cometido de prestar asistencia médico-quirúrgica de urgencia a pacientes que no pueden tolerar una evacuación posterior sin antes recibir tratamiento inmediato. Realiza la evacuación de bajas desde el segundo escalón hasta sus órganos asistenciales, fundamentalmente hospitales de campaña. En este escalón se produce la primera hospitalización y puede incluso llevarse a cabo la completa recuperación del paciente.

Los recursos necesarios para proporcionar apoyo de tercer escalón se organizan para cada operación en función de las necesidades previstas y son, principalmente, los hospitales de campaña, los barcos-hospitales y los medios de aeroevacuación.<sup>386</sup>

El segundo escalón de apoyo sanitario es prestado en el ámbito de la propia unidad o buque. En determinadas circunstancias podría haber un despliegue independiente de unidades sanitarias de segundo escalón. Es el encargado de la evacuación de bajas desde el primer escalón hasta su propio órgano sanitario, de proceder a la actuación terapéutica urgente y a la puesta en estado de evacuación,

---

<sup>386</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

así como de clasificar las bajas, estableciendo la prioridad, el destino y el procedimiento de evacuación.

Como ya quedara apuntado en otros apartados de este estudio, los buques de mayor entidad disponen de elementos sanitarios para asistencia, tipo segundo escalón, e instalaciones (enfermerías) que les permiten una cierta capacidad quirúrgica.

Por su parte el primer escalón de apoyo sanitario es asignado a la unidad. Es el encargado de prestar asistencia médica inmediata a las bajas, de recogerlas y de realizar la clasificación inicial.<sup>387</sup>

Son bajas sanitarias los combatientes que, debido a un proceso patológico ocasionado bien por la acción de combate -lesiones y heridas-, bien ajeno al mismo -enfermedad o accidente-, resultan incapacitados para continuar en servicio durante al menos veinticuatro horas, precisando de asistencia médica.

Dentro del apoyo sanitario es fundamental el triaje o clasificación de las bajas sanitarias. Éste es un acto técnico médico-quirúrgico que consiste en el reconocimiento médico con fines diagnósticos, en la puesta de la baja en estado de evacuación y en el establecimiento de la prioridad asistencial en función de su estado clínico.

Además de determinar la naturaleza de la lesión o enfermedad, la clasificación de las bajas tiene por

---

<sup>387</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999



cometido establecer la prioridad, forma y destino de la evacuación.

La prioridad es la necesidad de alcanzar el tratamiento inicial dentro del plazo establecido para cada tipo de baja sanitaria y es consecuencia del plazo operatorio. El criterio a aplicar es la evacuación precoz de todas las bajas pero como lo más probable es que no se pueda acceder a ello de forma simultánea e inmediata para todas ellas ha de evacuarse en función de la situación y estado clínico de cada una, estableciéndose distintos grados o tipos de urgencia, desde la prioridad 1 para las más urgentes hasta la prioridad 3 para las que pueden tolerar una mayor espera. Son bajas con prioridad 1 las que necesitan urgentemente reanimación y asistencia quirúrgica. Su plazo operatorio es de seis horas desde la lesión (asfixia por obstrucción respiratoria, heridas abiertas de tórax y neumotórax, hemorragias mayores de origen visceral, lesiones cardio-pericárdicas, heridas musculares masivas, heridas múltiples, fracturas mayores y quemaduras de tercer grado en mas del 20% del cuerpo). La prioridad 2 son pacientes necesitados de cirugía precoz y posible reanimación (heridas del tracto gastrointestinal, heridas del tracto genitourinario, heridas torácicas, y quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo). La prioridad 3 la componen los enfermos y lesionados que no están en peligro de muerte (heridas que requieren limpieza quirúrgica, fracturas y luxaciones menores y quemaduras de segundo y primer grado).<sup>388</sup>

Las bajas sanitarias se pueden clasificar en función de diversos criterios, así por ejemplo: por su naturaleza -

---

<sup>388</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

traumatizados o heridos, enfermos, bajas psiquiátricas o despeados-; por su causa -bajas sanitarias por lesión o herida en acción de combate o agresión NBQ-, bajas sanitarias por enfermedad o lesión ajena al combate-; por su urgencia -según ya ha quedado señalado, prioridad 1, 2 o 3-; por su pronóstico-muy graves, graves, menos graves, leves-; por el agente vulnerante -armas convencionales (bajas convencionales), agresivos nucleares, biológicos y químicos (bajas NBQ), elementos físicos especiales (barotraumatismos, quinetosis, etc-; por el número de bajas y los medios disponibles -bajas sanitarias ordinarias, bajas sanitarias masivas-.<sup>389</sup>

Los objetivos a conseguir con la evacuación de las bajas sanitarias son:

-que todo evacuado llegue a la organización sanitaria más conveniente a su estado, por el medio más rápido, el camino más corto y con la máxima seguridad y comodidad. Este fin en sí mismo hace de la aviación uno de los medios más eficaces en la evacuación sanitaria.

-que el paciente alcance la cirugía de urgencia lo antes posible y siempre antes de las seis horas de producirse la lesión.

-que a los pacientes les sean aplicadas las medidas terapéuticas necesarias para estabilizar la baja lo que permite la puesta en estado de evacuación.

-que ninguna baja debe ser evacuada más a retaguardia de lo que exija su estado y la naturaleza de sus lesiones.

---

<sup>389</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

-que cada escalón sanitario actúe hacia vanguardia, en apoyo del escalón anterior, evacuando las bajas desde este hasta sus formaciones sanitarias.

-que los pacientes sean acompañados por el personal sanitario preciso para su asistencia y cuidado durante la evacuación, portando la documentación clínica y administrativa necesaria.

La condición clínica del paciente es el criterio que determina el momento, los medios y el destino de la evacuación.

La evacuación podrá comprender, en el supuesto más completo, tres etapas: primaria, secundaria y terciaria. Cuando se dispone de evacuación aérea de vanguardia o se trata de bajas producidas en zonas de retaguardia puede no tener lugar alguna de estas etapas.

La evacuación primaria consta, a su vez, de dos fases. La primera comprende la recogida del herido sobre el terreno e incluso el rescate o salvamento si fuera necesario y el traslado al puesto de socorro. Son bajas sin clasificar y sin tratar. Pueden haberse aplicado autoayuda o haber recibido primeros cuidados de un compañero o el sanitario. En esta fase se realizara la cumplimentación de la tarjeta médica de evacuación. La segunda fase de la evacuación primaria comprende el traslado desde el puesto de socorro hasta el puesto de clasificación. Se trata de bajas que han recibido ya primeros auxilios médicos en el puesto de socorro y a las que se ha hecho una clasificación provisional.

La evacuación secundaria tiene lugar desde el puesto de clasificación hasta una instalación sanitaria de tratamiento de tercer escalón.

La evacuación terciaria es la que tiene lugar entre formaciones sanitarias de tratamiento. Son bajas tratadas pero cuyo periodo de recuperación se prevé superior al plazo de máxima hospitalización autorizado para esa formación sanitaria y deben ser evacuadas a un hospital del cuarto escalón.

El número máximo de días que puede permanecer una baja ingresada en el conjunto de los distintos hospitales del teatro de operaciones es la suma total de hospitalizaciones en dichos centros y constituye la denominada norma de evacuación. Las bajas cuya recuperación se prevea que ha de requerir un plazo superior de tiempo al marcado por la norma de evacuación han de ser evacuadas a hospitales del cuarto escalón.<sup>390</sup>

La aeroevacuación médica es el traslado aéreo de pacientes a una instalación sanitaria para tratamiento por vía aérea, en vehículos especialmente adaptados y bajo supervisión médica. Los medios empleados en aeroevacuaciones pueden desarrollar otros cometidos, además del transporte de heridos y enfermos, como el abastecimiento sanitario y el transporte de personal sanitario.

Al transporte sanitario aéreo debe recurrirse sólo cuando sea necesario. Resulta innecesario el empleo del helicóptero para trayectos cortos con red viaria en buenas condiciones. Sin embargo resulta plenamente aconsejable el

---

<sup>390</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

uso de este transporte ante recorridos accidentados o peligrosos. En líneas generales no debe utilizarse el helicóptero para recorridos inferiores a 25 kilómetros. La existencia de aeródromos puede determinar la utilización de aeronaves de ala fija. La evacuación aérea requiere superioridad aérea, al menos local o temporal, así como seguridad en las zonas de origen y destino.

Las aeroevacuaciones tienen tres fases, bien complementarias, bien alternativas e independientes:

- aeroevacuación médica avanzada: es la que tiene lugar entre puntos dentro de la zona de combate, desde un lugar próximo al que se produce la lesión hasta la instalación inicial de tratamiento o hasta otros puntos de tratamiento dentro de dicha zona. Emplea habitualmente helicópteros.
- aeroevacuación intra-teatro: es la que se realiza desde la zona de combate hacia lugares fuera de esta zona y entre puntos de la zona de comunicaciones. Puede utilizar helicópteros o aviones de tipo ligero o medio.
- aeroevacuación inter-teatro: es la que se efectúa desde un teatro de operaciones a territorio nacional, a otra nación aliada o, temporalmente, a una zona segura. Los aviones utilizados son de tipo medio o pesado e incluso aviones comerciales adaptados como vehículos sanitarios<sup>391</sup>.

Son medios necesarios para llevar a cabo la aeroevacuación: las bases o aeródromos para los aviones de ala fija y los helipuertos para los helicópteros.

---

<sup>391</sup> Operaciones de evacuación de no combatientes. Manual Marítimo Multinacional. OTAN Navy Warfare Development Command (Comando para el desarrollo de la guerra naval), enero 1999.

La clasificación de los pacientes para la aeroevacuación viene condicionada por el estado clínico del paciente y se establecen los siguientes grados: urgente (salida inmediata), preferente (salida en 24 horas), rutinaria (salida en 72 horas) y especial (salida variable, con personal y medios adecuados).

Otra importante clasificación respecto de los pacientes a evacuar por vía aérea es aquella que tiene que ver con la adaptación de la aeronave y con la que puede determinarse el número de camillas, el número de asientos y los cuidados que puedan requerir los enfermos y heridos, así como su ubicación dentro de la nave. En este sentido a los pacientes se les clasifica en:

-pacientes acostados:

- acostados inmovilizados, con o sin cuidados especiales
- acostados móviles

-pacientes sentados

-pacientes psiquiátricos, para los que hay que valorar especialmente la conveniencia de la aeroevacuación.

Los pacientes con menor movilidad deben embarcar los primeros y ubicarse en lugares donde no dificulten la salida en caso de emergencia, para facilitar, en su caso, el desalojo de la nave por los que tienen mayor movilidad.

Son ventajas de las evacuaciones por vía aérea la mejora de la recuperación de la bajas, el efecto positivo en el ánimo del combatiente, la descongestión de las instalaciones

sanitarias de tratamiento en la zona de combate, la reducción de las camas desplegables en la zona de combate y, en general, en el teatro de operaciones, la atención en la urgencia de la asistencia, el ahorro de medios y la confortabilidad del transporte.<sup>392</sup>

Hasta aquí la Doctrina Sanitaria Conjunta elaborada por el Ministerio Español para la atención y apoyo sanitario de las fuerzas armadas en operaciones desplegadas por éstas, doctrina que incluye el marco establecido en los documentos específicos de apoyo sanitario y en las Directivas, Acuerdos de Estandarización y Publicaciones Medicas aliadas de la OTAN, ratificadas por España, en particular las Guías de Planeamiento Operacional (Guidelines of Operational Planning -GPO,s- y las Guías de Planeamiento Funcional Logístico (Functional Planning Guides -FPG,s-.<sup>393</sup>

El principio de evacuación aeromédica en las operaciones desplegadas por la OTAN se basa en la autosuficiencia de cada país desde el teatro de operaciones hasta la base matriz. Los países deben disponer de los medios óptimos para facilitar el apoyo médico adecuado a sus tropas en el teatro de operaciones que constituya su área de responsabilidad (AOR). El cuartel general KFOR para la acción médica conjunta (JMED) colaborará en coordinación con los activos de evacuación médica de acuerdo a lo que disponga el cuartel general en su centro conjunto de operaciones.<sup>394</sup>

---

<sup>392</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

<sup>393</sup> "Doctrina Sanitaria Conjunta", Ministerio de Defensa. Estado Mayor de la Defensa. Inspección General de Sanidad. Octubre, 1999

<sup>394</sup> Wo Cook "Evacuación Aeromédica Estratégica, OTAN", Reino Unido, 2004.

El propósito del documento elaborado desde la OTAN denominado "Evacuación Aeromédica Estratégica OTAN" consiste en proveer de directrices a las Brigadas multinacionales de cirujanos respecto de los procedimientos a utilizar por las Naciones que contribuyan con tropas en su área de responsabilidad (AOR).

El citado documento establece tres fases de evacuación que, en esencia, se corresponden con las fases expuestas en la "Doctrina Sanitaria Conjunta", del Ministerio de Defensa objeto de estudio en este apartado. Estas fases son:

a) Evacuación aeromédica en la vanguardia: en esta fase de evacuación los pacientes han de ser aerotransportados desde la zona de batalla hasta el punto de tratamiento inicial, y de allí hasta los puntos posteriores de tratamiento aún dentro de la zona de combate.

b) Evacuación táctica aeromédica: en esta fase de evacuación los pacientes han de ser transportados desde las zonas de combate hasta la zona de comunicaciones.

c) Evacuación estratégica aeromédica: en esta fase de evacuación los pacientes son aerotransportados desde áreas ultramarinas o desde los teatros de operaciones activos hasta el país de origen o a otros países de la OTAN, o hasta otro lugar temporal más allá de la zona de seguridad.<sup>395</sup>

En cuanto a las categorías de los pacientes, éstas se clasifican en:

---

<sup>395</sup> Wo Cook "Evacuación Aeromedica Estratégica, OTAN", Reino Unido, 2004.



- a) Prioridad 1 (urgente): los pacientes con un grado de emergencia tal que hace que la velocidad en la evacuación sea necesaria para salvarles la vida o un miembro, para prevenir complicaciones por enfermedades graves o para evitar discapacidades permanentes.
- b) Prioridad 2 (prioridad): pacientes que requieren un tratamiento especializado no disponible a nivel local y que puedan llegar a sufrir dolor innecesario o discapacidad en el supuesto de no ser evacuados en el menor plazo posible.
- c) Prioridad 3 (rutina): pacientes cuyas condiciones de tratamiento estén disponibles a nivel local, pero cuyo pronóstico podría beneficiarse notablemente con una evacuación por aire, en vuelos planeados rutinariamente.<sup>396</sup>

El documento citado prevé los procedimientos en caso de que los países con contribución de tropas no puedan cumplir las exigencias derivadas de una petición sanitaria específica. En este caso el cuartel general KFOR JMED coordinará, al fin de conseguir la necesaria evacuación, la utilización de los activos operativos. El país con contribución de tropas al que pertenezca el paciente correrá con todos los gastos en que se haya incurrido.<sup>397</sup>

La responsabilidad global respecto a la planificación de un sistema de evacuación médico efectivo recae en el personal

---

<sup>396</sup> Wo Cook "Evacuación Aeromédica Estratégica, OTAN", Reino Unido, 2004.

<sup>397</sup> Wo Cook "Evacuación Aeromédica Estratégica, OTAN", Reino Unido, 2004.

médico de la fuerza que coordinará esta actividad con el personal operativo y logístico disponible en el teatro de operaciones. Las doctrinas de cada país respecto a la evacuación médica y a las capacidades difieren de manera sustancial. Sin embargo, el desarrollo de una integración operativa multinacional incrementa la necesidad de flexibilidad en las estructuras de apoyo médico nacional. Las diferencias entre las doctrinas nacionales y las capacidades no cierran las puertas a una cooperación estrecha. Los procedimientos adecuadamente coordinados pueden asegurar la transferencia tranquila de pacientes en el marco de una estructura de apoyo médico multinacional. La disposición de recursos deberá coordinarse por el personal de planificación médico pero puede comprender activos de origen variado:

- a- La evacuación desde el punto de vista de la herida al escalón 1 es responsabilidad nacional.
- b- La evacuación desde el escalón 1 al escalón 2 y de allí al escalón 3, es una responsabilidad nacional, de la Fuerza y de la nación que lidere, y
- c- La evacuación hasta el escalón 4 es una responsabilidad nacional o de acuerdos multinacionales o bilaterales.<sup>398</sup>

El sistema de evacuación aeromédica es un elemento que forma parte de la estructura global del transporte en la zona de operaciones y exige:

---

<sup>398</sup> Operaciones de evacuación de no-combatientes. Manual Marítimo Multi-nacional. OTAN-Navy Warfare Development Command (Mando para el Desarrollo de la Guerra naval), enero 1999.

- a- Una organización aeromédica con un personal que conste de especialistas en el transporte aeromédico para preparar a los heridos para la evacuación y para ofrecerles un tratamiento en ruta
- b- Uno o varios centros de tratamiento aeromédico
- c- Aviones adecuados para esta tarea, particularmente en lo que se refiere a la necesidad de poder portar camillas de forma segura y que permitan el tratamiento médico en ruta. Estas aeronaves deben además estar disponibles con rapidez y haber sido destinadas en exclusiva al uso médico y, en caso contrario, tener establecida la más alta prioridad para este uso.
- d- Equipamiento médico especializado dotado de elementos de seguridad para que resulte eficaz durante su utilización en vuelo.<sup>399</sup>

La evacuación aeromédica eficaz para el apoyo de las fuerzas dentro de la estructura armada de la OTAN es fundamental para el éxito de las operaciones. La aplicación de los conceptos establecidos en el Manual Marítimo Multinacional es de una importancia fundamental para el logro de este objetivo y debería estar en plena armonía con la aplicación de la Estructura de las Fuerzas OTAN. El concepto OTAN respecto a la evacuación aeromédica multinacional es una parte integral de la planificación del soporte médico para las operaciones conjuntas combinadas de la OTAN, sirviendo para optimizar los recursos disponibles y para conseguir una economía en el esfuerzo a la hora de

---

<sup>399</sup> Operaciones de evacuación de no-combatientes. Manual Marítimo Multi-nacional. OTAN-Navy Warfare Development Command (Mando para el Desarrollo de la Guerra naval), enero 1999.

llevar a cabo los principios de la nación que lidere, y que hayan sido aceptados entre los países partícipes.

#### **6°) CONDICIONES DE EVACUACIÓN POR VÍA AÉREA.**

La utilización de medios aéreos en operaciones de salvamento y de transporte de heridos y enfermos es un asunto a acometer por verdaderos especialistas.

Son condiciones que deben concurrir en los traslados de evacuación y salvamentos las siguientes:

- los heridos deben ir bien sujetos, hasta conseguir su plena inmovilización.

- deben estar acompañados de personal sanitario entrenado en este género de misiones.

- el embarque y desembarque de heridos es realizado de muy diversos modos, según los aparatos, pero en todos ellos debe garantizarse la afectación al paciente.

- las medidas de seguridad deben ser estrictamente atendidas.

Las ventajas que el medio aéreo procura en el transporte de heridos se traducen en:

- rapidez: el avión es sin duda más rápido que cualquier medio terrestre y marítimo, lo que permite cubrir grandes distancias y su interior posibilita un gran equipamiento médico.

-accesibilidad: el helicóptero permite llegar hasta lugares a los que no podría acceder un transporte terrestre.

-comodidad: resulta menos traumático que el transporte por tierra. En el helicóptero las aceleraciones son mínimas, lo que al paciente le hace más soportable el traslado.

-asistencia médica: las instalaciones médico-técnicas transportables a bordo de aeronaves están en la actualidad muy avanzadas y son utilizadas por profesionales competentes.

-ajuste a las necesidades: la diversidad de aparatos existente permite elegir el más adecuado para cada ocasión, según la distancia a cubrir, número de heridos, ubicación del siniestro, etc...

-exactitud: ello permite programar las misiones al detalle, que se desenvuelven con gran precisión.

Los inconvenientes por su parte, aunque mínimos, también existen, pudiendo señalarse entre ellos:

-las consecuencias de posibles accidentes: ello lleva a extremar el cumplimiento de las reglas de seguridad y la exigencia de una gran experiencia de los pilotos.

-la inmovilización de aparatos por condiciones técnicas.

-la necesidad, respecto de los aviones, de pistas de despegue y de aterrizaje de dimensiones no siempre disponibles.

A la vista de lo hasta aquí expuesto resulta obvia la enorme evolución de los medios de transporte y sus condiciones, así como su gran aportación al fin humanitario de salvar vidas.

#### **7º) PROTECCIÓN DEL TRANSPORTE AÉREO SANITARIO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS.**

El requerimiento de los Convenios de Ginebra de 1949 de que los beligerantes deben tomar sin demora todas las medidas posibles para buscar y reunir a los heridos y enfermos, encuentra como clara limitación la inclusión de la frase "todas las medidas posibles", concepto relacionado con la "doctrina de la necesidad militar", que Jean Pictet considera equivalente a la imposibilidad material de acatamiento, construida desde la perspectiva de la seguridad de la acción. Así, en algunos incidentes durante la Segunda Guerra Mundial, los buques de guerra y en concreto los submarinos, que se hallaban en tareas de rescate se vieron expuestos a serios e inminentes riesgos. En este sentido en 1941 los buques británicos H.M.S. Dorsetshire y Maori hubieron de abandonar el rescate de los supervivientes del crucero alemán Bismark al detectar la huella aparente de un submarino enemigo.

En el mismo sentido y con ocasión del hundimiento del crucero argentino "General Belgrano", que por un submarino británico en la guerra de las Islas Malvinas, Peter Rowe, comentó: "El H.M.S. Conqueror no estaba en posición de salir a la superficie para asistir a los supervivientes del General Belgrano, que torpedeó y hundió el 2 de mayo de 1982. Además, un buque de guerra de superficie a menudo corre... un riesgo inaceptable si comienza a rescatar supervivientes cuando se sospecha que los submarinos están aún en el área..."

En conclusión, los beligerantes tienen el deber de comprometerse en esfuerzos de búsqueda y rescate donde ello sea posible, es decir, según la necesidad lo imponga y hasta donde las circunstancias lo permitan. Las unidades militares, incluyendo las aeronaves de la fuerza aérea, no reciben ninguna protección especial mientras están comprometidas en labores de rescate permaneciendo expuestos a un potencial ataque.<sup>400</sup>

El I Convenio de Ginebra de 1949 en su artículo 36, y el II Convenio de Ginebra en su artículo 39, otorgan protección a las ambulancias aéreas mientras vuelan sobre rutas y a alturas y tiempos convenidos entre los beligerantes. Los vuelos sobre territorio enemigo están prohibidos a menos que se haya acordado de otra manera y las aeronaves deben obedecer órdenes de aterrizar para inspección, tras la cual y una vez comprobado que actúan legalmente debe permitírseles continuar. En caso de un eventual aterrizaje involuntario en territorio enemigo, la tripulación y los pacientes estarán expuestos a captura.

---

<sup>400</sup> Renato Nuño Luco, "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario", Lexis Nexis Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003.

Un tratamiento más detallado es el establecido en el Protocolo Adicional I de 1977. En este texto la protección general es establecida en el artículo 24: "las aeronaves sanitarias serán respetadas y protegidas de conformidad con las disposiciones del presente Título". El Protocolo diferencia la protección que debe dispensarse a estos aparatos según la zona de operaciones, esto es, en zona dominada por la parte adversa, en zonas de contacto o similares o en zonas no dominadas por el adversario.

Sobre territorio controlado por fuerzas amigas, o mar bajo control no contrario, la disposición protectora se aplica sin necesidad de dar cuenta al enemigo, pero se establece, no obstante, que la notificación es la práctica deseable, especialmente cuando las rutas del vuelo están dentro del alcance de los sistemas de misiles superficie-aire. Sobre las zonas de contacto, las aeronaves sanitarias deben ser respetadas una vez hayan sido reconocidas, pues de otra manera vuelan a su propio riesgo a menos que se haya asegurado un acuerdo previo al vuelo.

Las aeronaves sanitarias de un beligerante que vuelen sobre tierra o mar bajo control enemigo solo están protegidas si se ha celebrado un acuerdo previo al vuelo con autoridades enemigas competentes. La aeronave que vuele sin tal acuerdo, o viole los términos de este por error o emergencia, debe intentar identificarse y dar razones a las autoridades enemigas quienes, por su parte, deben dar las órdenes para aterrizar u otras medidas apropiadas que permitan tener el tiempo necesario para obedecer antes de recurrir al ataque.<sup>401</sup>

---

<sup>401</sup> Renato Nuño Luco, "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario", Lexis Nexis Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003.



Sobre las aeronaves sanitarias en un conflicto armado existen una serie de restricciones tales como que de su uso no se pueden obtener ventajas militares, lo que incluye la imposibilidad de utilizarlas como escudos para protección de objetivos militares, así como la prohibición de las labores de inteligencia, traslado de personas que no sean heridos, enfermos, náufragos, personal médico y religioso o carga distinta a equipos médicos y provisiones sanitarias. No pueden transportar armas pesadas, solo portátiles y las municiones recogidas a los heridos, enfermos y náufragos que se hallen a bordo y las armas individuales del personal médico para la defensa propia y de sus pacientes.<sup>402</sup>

La protección de las aeronaves médicas descansa, principalmente, en su adecuada identificación. La primera identificación la constituye la exhibición de la señal de la cruz roja o la media luna roja. Sin embargo, dicho emblema resulta de difícil visibilidad. Las Convenciones de Ginebra disponen simplemente en sus artículos 36 y 39, que las aeronaves sanitarias deben portar, claramente marcado, el emblema distintivo de la cruz roja sobre fondo blanco junto a los colores nacionales, sobre sus superficies inferiores, superiores y laterales. Llevarán también marcas o señales adicionales acordadas por las partes en conflicto.

El Protocolo Adicional I de 1977 dispone, a fin de paliar las dificultades de visibilidad de tales emblemas debido a la alta velocidad y al pequeño tamaño de las aeronaves, una provisión sobre medios adicionales de identificación que comprende señales específicas de luz y radio y sistemas de identificación electrónica que pueden ser usados además del

---

<sup>402</sup> Renato Nuño Luco, "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario", Lexis Nexis Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003.

emblema visual. El Anexo I, artículo 6 estipula al respecto una señal de luz azul relampagueante. La señal de luz puede, en ausencia de un acuerdo contrario, ser usada por vehículos médicos y barcos-hospitales aunque es principalmente diseñada par el uso por aeronaves. Fue utilizada experimentalmente por un buque-hospital británico durante el conflicto de las Islas Malvinas en 1982. Sobre el asunto, S.S. Junod comentó: "Es interesante observar que el uso experimental por los británicos durante el conflicto de una improvisada luz azul relampagueante (tipo auto de policía) le permitió al buque ser identificado con binoculares a una distancia de siete millas náuticas, en circunstancias en las que la visibilidad normal era de una milla náutica"<sup>403</sup>

Por su parte el artículo 7 contiene disposiciones para un mensaje radiotelefónico o radiotelegráfico precedido de una señal de prioridad aprobada para la Unión Internacional de Telecomunicación (ITU) que deberá ser transmitido en inglés en frecuencias previamente aprobadas y restringido en su uso exclusivamente para las unidades y medios de transporte sanitarios. El mensaje ha de facilitar la señal de llamada del transporte, su posición, los números y tipos de transporte sanitario, la ruta pretendida, la salida estimada, los tiempos de llegada y de transición y cualquier otra información como altitud del vuelo, radiofrecuencia de escucha y códigos del sistema secundario de vigilancia.

El artículo 8 del Anexo I del Protocolo Adicional I de 8 de junio de 1977 estipula por su parte que el sistema de Radar de Vigilancia Secundaria especificado en el Anexo 10 de la

---

<sup>403</sup> Renato Nuño Luco, "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario", Lexis Nexis Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003

Convención de Chicago sobre Aviación Civil Internacional, puede ser usado para identificar y rastrear aeronaves sanitarias.

La eficacia de los medios de identificación se verá aumentada por la notificación previa de detalles y rutas de vuelo. La provisión para la notificación se incluye en el artículo 29 del Protocolo Adicional I. Tales notificaciones serán tratadas rápidamente y se tomarán las medidas oportunas para informar a las unidades militares de los vuelos médicos notificados y acordados y sus respectivos medios de identificación. La identificación y notificación son de una evidente importancia legal y práctica.<sup>404</sup>

La protección de las aeronaves sanitarias quiebra en el caso de que se haga uso de ellas en acciones contra el enemigo, en cuyo caso la protección cesará tras un aviso por el que, en los casos oportunos, se fije un plazo razonable y el mismo quede sin efecto. No obstante, si una aeronave supuestamente médica participara en ataques, a las unidades atacadas les acrece todo el derecho para responder al ataque. El aviso a que se refiere el artículo 21 de la I Convención de Ginebra, antes indicado, resulta de aplicación para el caso de sospecha sobre el uso de una aeronave sanitaria, esto es, para el supuesto en que se presume que el aparato es utilizado para transportar tropas o material bélico. Para este supuesto se establece la norma de inspección de las aeronaves sanitarias. Así, la I Convención de Ginebra de 1949 establece en su artículo 36 que las aeronaves médicas deben obedecer cada orden para aterrizar. Eventualmente, en el caso de un aterrizaje impuesto, la aeronave con sus ocupantes puede continuar el

---

<sup>404</sup> Renato Nuño Luco, "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario", Lexis Nexis Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003

vuelo después del examen, si de este se comprueba que no se ha producido vulneración alguna de las reglas que les son de aplicación para ostentar la debida protección.<sup>405</sup>

La inspección no debería requerir un desembarco evitable a los heridos y enfermos, cuya condición debe, ante cualquier eventualidad, ser protegida de cualquier factor adverso. Una vez comprobado que la aeronave cumple todos los requisitos que le son exigibles como aeronave sanitaria y que no hay incumplimiento de cualesquiera acuerdos previos en los casos en los que sean requeridos tales acuerdos, debe permitírsele continuar el vuelo con sus ocupantes, aun los que pertenezcan a la parte contraria.

Esta protección va mas allá de la establecida para el transporte sanitario terrestre y para los barcos-hospitales. Por su parte, los pacientes del mismo bando de los inspectores pueden, por supuesto, ser liberados aunque su condición clínica y los efectos perjudiciales que el movimiento de los enfermos y heridos pueden tener sobre la misma serán los criterios que marquen las resoluciones que se adopten al respecto.

Si por el contrario la inspección demuestra que la aeronave no es sanitaria o que ha vulnerado requisitos legales o que vuela violando un acuerdo previo cuando este es requerido, puede ser capturada. Sus ocupantes serán tratados conforme a las disposiciones pertinentes de los Convenios de Ginebra, esto es, artículos 36 y 24 del I Convenio de Ginebra de 1949, que se refieren, respectivamente, a los heridos, enfermos y tripulación de la aeronave -quienes quedarán bajo la protección conferida por el derecho de

---

<sup>405</sup> Renato Nuño Luco, "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario", Lexis Nexis Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003

Ginebra a los prisioneros de guerra- y al personal sanitario -el cual no será retenido mas que en la medida exigida por el estado sanitario y el número de los prisioneros de guerra, no siendo considerado prisionero de guerra si bien gozará, de al menos, todas las disposiciones del Convenio de Ginebra relativas a su trato, y continuará ejerciendo sus funciones médicas, bajo la autoridad de la potencia bajo cuyo poder se encuentre en provecho de los prisioneros de guerra. Si la aeronave ha sido designada como sanitaria de forma permanente, la potencia detentora solo podrá utilizarla como tal. Por último, debe señalarse que las aeronaves militares participantes en misiones humanitarias ad hoc no gozan de ninguna protección especial y actúan bajo su propio riesgo.<sup>406</sup>

---

<sup>406</sup> Renato Nuño Luco, "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario", Lexis Nexis Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003

## **TÍTULO II**

**NACIMIENTO Y DESARROLLO**  
**HISTÓRICO DEL DERECHO**  
**REGULADOR DEL TRANSPORTE**  
**SANITARIO MARÍTIMO Y AÉREO**  
**EN LOS CONFLICTOS ARMADOS.**

### **TITULO II**

**NACIMIENTO Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL**  
**DERECHO REGULADOR DEL TRANSPORTE**  
**SANITARIO MARÍTIMO Y AÉREO EN LOS**  
**CONFLICTOS ARMADOS.**



## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN: EL PRINCIPIO DE LA CODIFICACIÓN DE LAS NORMAS CONVENCIONALES HUMANITARIAS

Después de la segunda mitad del siglo XIX, comienza la codificación del Derecho de los Conflictos Armados, es decir, la codificación de las normas, elaborándose las "leyes" de las guerras, partiendo o no de las anteriores reglas consuetudinarias (usos y costumbres), por medio de convenciones.

A pesar de ver normas de este tipo anteriormente a este periodo, como en el Tratado de Westfalia, la realidad es que la primera norma internacional en relación con la guerra es la Declaración de París de 16 de abril de 1856, precisamente sobre la guerra marítima, a la que más adelante se hará referencia.

No obstante, es desde 1864 cuando realmente surge el proceso de elaboración pausado y continuo del cuerpo de normas convencionales humanitarias para la guerra, gracias a la creación de la Cruz Roja Internacional, la cual es quien las promueve.

Esta institución fue el producto de una concurrencia de circunstancias. La primera fue que el 24 de junio de 1859 tuvo lugar en Lombardía la batalla de Solferino, en la que luchaban ciento cincuenta mil soldados franco-sardos por un lado, y unos ciento setenta mil austriacos por otro. Una persona que pasaría a la Historia en pro de la Humanidad,



el ginebrino Henry Dunant<sup>407</sup>, fue testigo del sangriento combate, quedando totalmente conmovido ante la vista del desagradable y trágico espectáculo. Al observar en la iglesia de la ciudad de Castiglione, lugar situado a unos cinco kilómetros del campo de batalla, a heridos y moribundos apiñados sin recibir cuidado sanitario alguno, muriendo por la carencia suficiente de médicos, sanitarios y medios que los transportasen, decide, olvidando el motivo de su viaje, como el decía, de "simple turista", organiza ayudado por personas de paso y algunas mujeres del lugar, los socorros, pide que le traigan agua, vendas, compresas, y aquellos utensilios necesarios para curar y atender a los heridos; incluso utilizó los servicios de los médicos que habían sido prisioneros de guerra para el servicio de los referidos heridos. Impresionado por los terribles hechos presenciados, y tras su denuncia en París y Ginebra, exponiéndolo ante todo el mundo, tres años más tarde, en noviembre de 1862, y a fin de conseguir el apoyo de la sociedad en torno a una idea sencilla y práctica, escribió un libro, hoy famoso, titulado "Recuerdo de Solferino", en el cual no se limitó solamente a describir la batalla y sus despiadadas consecuencias, sino que también presenta propuestas de carácter práctico, ya que propone la creación de sociedades voluntarias de socorro, en cada país, cuyo objetivo sería el de prestar asistencia a los heridos en tiempo de guerra, dado que a pesar de todos los buenos deseos, *"continúan los hombres matándose los unos a los otros sin odiarse"*. Estos voluntarios, señalaba, serían preparados y capacitados para el citado fin, siendo el objeto, por tanto, preparar sanitarios voluntarios con la

---

<sup>407</sup> Henry Dunant nació en Ginebra en 1828. Con su libro "El recuerdo de Solferino" provocó la creación de la Cruz Roja. Perdió su fortuna en empresas desgraciadas siendo alejado de aquello que había creado y fue olvidado durante mucho tiempo. En 1901 le fue concedido el Premio Nobel de la Paz, falleciendo en el año 1910 en el asilo de Heiden (Cantón de Apenzeil). Pierre Boissier; *De Solferino a Tsushima. Historia del Comité Internacional de la Cruz Roja*. Ginebra, 1997.

misión de recoger a los heridos en el campo de batalla y la atención de los primeros auxilios, mejorar el material sanitario, y en especial de los medios de transporte de heridos, también de vital importancia para salvar la vida de los combatientes<sup>408</sup>.

Henry Dunant propone la idea de formular algún principio internacional convencional y sagrado que proporcionase una base jurídica para la acción de dichas sociedades de socorro.

El libro tuvo una gran acogida. En una de las críticas, los hermanos Goncourt escribieron en un diario que era mejor que "todo lo demás", causando una profunda conmoción, por la cual la sociedad ginebrina de salud pública constituyó, el 9 de febrero de 1863, un comité privado denominado "Comité de los Cinco" (compuesto, además de por Henry Dunant, por el General Dufour, los doctores Th. Maunair y L. Appia y el jurista Moynier)<sup>409</sup>, posteriormente llamado "Comité Internacional de Socorro a los Militares Heridos" y después "Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)". Henry Dunant, mientras dicho Comité prosigue sus reflexiones y estudios, recorre varios lugares de Europa presentando su libro para que se provocase una postura favorable para promover su propuesta humanitaria<sup>410</sup>.

Ese mismo año, Dunant acude a un Congreso de Estadística que tiene lugar en Berlín, compuesto en su mayoría por médicos militares, donde invita a dichos miembros a una

---

<sup>408</sup> José Luis Fernández-Flores. *El Derecho de los Conflictos Armados*. Ministerio de Defensa, 2001.

<sup>409</sup> Manuel Antón Ayllón y Mercedes Babé Romero. Tema 3, *El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja*. Colaboración en el libro *Derecho Internacional Humanitario*, (CEDIH) de Cruz Roja Española. Arco, 2002.

<sup>410</sup> Manuel Antón Ayllón y Mercedes Babé Romero. Tema 3 ya citado, CEDIH, Cruz Roja Española.

Conferencia Internacional que se celebraría más tarde en el mes de octubre, teniendo una gran relevancia su viaje a Berlín, por cuanto el 15 de septiembre de 1863, presentó un nuevo llamamiento denominado "Circular de Berlín" en el que incluía un artículo sobre la neutralización de los servicios sanitarios, siendo apoyado en este caso por el Sr. Basting, Oficial del Cuerpo de Sanidad del ejército holandés, consiguiéndose unas grandes expectativas para la Conferencia de octubre<sup>411</sup>.

Entre los días 26 y 29 del citado mes de octubre de 1863, se organiza, de forma privada, en el Ateneo de Ginebra, la Conferencia Internacional, a la que asisten 36 delegados representantes de 16 países, y en la cual se toman entre otros acuerdos, recomendar la creación de sociedades nacionales de socorro (actualmente existen en casi todos los países) y adoptar el emblema de la cruz roja sobre fondo blanco<sup>412</sup>.

En mayo de 1864, Dunant comunica su intención de retirarse del Comité Internacional, no admitiéndose, retirándole su dimisión. No obstante, a partir de ese momento, deja de desempeñar funciones de relevancia en el mismo<sup>413</sup>.

Más adelante, en el mismo año de 1864, el Consejo Federal Suizo convoca una Conferencia Diplomática en Ginebra, cuya presidencia recayó en el General Dufour y en la que Moynier representó a Suiza. Dunant quedó como mero maestro de ceremonias. De la citada Conferencia, el 22 de agosto de 1864 se consigue la firma del primer texto convencional directamente humanitario, del Derecho de los Conflictos Armados, para *"el mejoramiento de la suerte de los*

---

<sup>411</sup> Manuel Antón Ayllón - Mercedes Babé Romero, obra citada.

<sup>412</sup> Pierre Boissier, obra citada, 1997.

<sup>413</sup> Manuel Antón Ayllón - Mercedes Babé Romero, obra citada.

*militares heridos en los ejércitos en campaña*<sup>414</sup>.

Dunant, con motivo de graves problemas financieros, se ve obligado en 1867 a abandonar Ginebra, cuestión que puso fin a su colaboración con el Comité Internacional<sup>415</sup>.

De acuerdo con las directrices de la Conferencia, en casi todos los países de Europa se fundaron Comités de Socorro a los heridos.

---

<sup>414</sup> Pierre Boissier, obra citada.

<sup>415</sup> Manuel Antón Ayllón - Mercedes Babé Romero, obra citada.



## CAPÍTULO 2

### LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL DERECHO SOBRE EL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS: LOS PILARES PARA SU CONSTITUCIÓN, NACIMIENTO, DESARROLLO HASTA LA CONVENCIÓN DE LA HAYA DE 1907. (PRIMERA ETAPA: 1856-1907)

En este capítulo se realizará el estudio del derecho relativo especialmente al transporte sanitario marítimo en los conflictos armados, comenzando por aquellas cuestiones que sirvieron de base para preparar las primeras normas sobre dicho derecho, así como los primeros textos normativos, su desarrollo con nuevas normas que lo regirían hasta la vigente regulación, y todo ello basado en las distintas Conferencias Internacionales, especialmente de la Cruz Roja y aquellas Diplomáticas que protagonizaron los soportes y empuje para que fuese realidad "una necesidad": reglar la protección de los medios (embarcaciones o aeronaves sanitarias) para que puedan cumplir las labores humanitarias encomendadas, de rescate y evacuación de heridos, enfermos y náufragos, así como el traslado de material de socorro. También se aportarán aquellas normas convencionales y textos de derechos que propiciaron los principios inspiradores para su reglamentación, sin olvidar tampoco los textos que no entraron en vigor pero supusieron la catapulta de impulso para la regulación posterior. Se reseñarán las reuniones de expertos, trabajos y estudios que hicieron dar una respuesta real y más adecuada a estas normas convencionales que el tiempo había dejado obsoletas. Congresos y otras reuniones internacionales que ponían granos de arena en una playa salpicada con innumerables

rocas afiladas, éstas que no eran más que esas guerras de sinrazón que el hombre deseoso de victoria propiciaba sin pensar, y todas aquellas cuestiones de relevancia, como los conflictos bélicos que demostraban la inmediata necesidad de normas humanitarias para favorecer la protección de los transportes sanitarios terrestres, marítimos o aéreos de todo tipo, cuyo objeto no fuese otro que la misión sanitaria, a fin de llevar a la guerra los ideales humanitarios que inspiran el Derecho Internacional de los Conflictos Armados.

Se hace la observación que se reseñarán textos normativos o trabajos que, aunque no traten cuestiones referentes a la propia guerra marítima o aérea, sí han servido de base para su aplicación en estos medios, y por ende en los temas específicos de los transportes sanitarios marítimos y aéreos.

Por otra parte, aunque se tratan aquellas cuestiones que no se relacionan directamente con el transporte sanitario marítimo y aéreo, sino con la guerra marítima y aérea, su inclusión se ha debido a que se entiende que es absolutamente necesario encuadrar aquél en el medio donde se va a desarrollar su actividad, con el fin de tener un conocimiento más objetivo de la materia objeto de este estudio.

Para situar en el tiempo las circunstancias previas al nacimiento de las primeras normas que regularían el transporte sanitario marítimo y posteriormente el aéreo en los Conflictos Armados, así como su desarrollo hasta la reglamentación actual, se van a diferenciar dos etapas distintas, una **Primera Etapa**, que se estudiará en este capítulo II, que comprenderá el período 1856-1907, que se

inicia con la Declaración de Paris de 1856 hasta la Segunda Conferencia de la Paz de la HAYA DE 1907, diferenciándose dos **fases**:

- a) **Primera fase** que corresponde desde la Declaración de Paris de 1856, hasta la Primera Conferencia de la Paz de la Haya de 1899.
- b) **Segunda fase** que ocupa el período desde la citada Conferencia de la Paz de la Haya de 1899, hasta la Segunda Conferencia de la Paz de Haya de 1907.

Una **Segunda Etapa**, que se encuadrará en el capítulo III siguiente, que comenzará después de 1907, es decir en los prolegómenos de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), hasta el período actual, diferenciándose dos **fases**:

a) **Primera fase** que corresponderá desde los prolegómenos de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), hasta antes del inicio de la Segunda Guerra Mundial (1941-1945).

b) **Segunda fase** que comprenderá desde el inicio de la Segunda Guerra Mundial (1941-1945), hasta el 2005.

### **1) PRIMERA ETAPA (DE LA DECLARACIÓN DE PARÍS DE 1856 A LA II CONFERENCIA DE LA PAZ DE LA HAYA, 1907) :**

Corresponde a la preparación de los pilares de la conducción en la guerra marítima y en especial de la protección del transporte sanitario en el mar.



Este periodo comprende básicamente la segunda mitad del siglo XIX y que va desde 1856, con la Declaración de París, primera norma que regulará algunos aspectos de la guerra naval, a 1907 en el cual se celebra la Segunda Conferencia de La Paz de la Haya, donde se preparan una serie de textos relativos al *Ius in Bello*, alguno sin carácter internacional, y otros que no pasan de proyectos, debiendo resaltar el alumbramiento de la primera regulación sobre el transporte sanitario, que tuvo lugar en la Primera Conferencia de La Paz de la Haya de 1899.

Como antes se ha citado, en esta etapa se diferencian dos periodos, dividiéndose por tanto la misma en dos fases, una primera desde 1856 a 1899 y otra segunda correspondiente a 1899-1907 las cuales a continuación se detallan:

#### **1.1) PRIMERA FASE (DECLARACIÓN DE PARÍS 1856-I CONFERENCIA DE LA PAZ DE LA HAYA DE 1899):**

Este periodo no se caracteriza por una ordenación expresamente concebida para la regulación de la guerra en el mar, ya que el Convenio de Ginebra de 1864 se pensó para proteger a las víctimas de la guerra terrestre. No obstante, sirvió de base para su regulación y en especial del transporte sanitario en el citado medio marítimo.

Se inicia esta primera fase con el análisis de la Declaración de París de 16 de abril de 1856, y ello a pesar de que ésta Declaración no regulase aspectos específicos sobre el transporte sanitario, se entiende, no obstante, que es realmente la primera novedad existente en regulación sobre la guerra naval, no pudiendo pasarse por alto este importante acontecimiento normativo que supone regular por

primera vez el concepto de guerra marítima, constituyendo el embrión de toda la reglamentación posterior dedicada a los diferentes aspectos de los conflictos bélicos en el mar, entre ellos una parte del objeto de este trabajo, el transporte sanitario marítimo en los conflictos armados.

Después se relacionará a una de las sociedades de socorro que han tenido un gran protagonismo en el transporte sanitario en la guerra marítima, como ha sido la Sociedad de Salvamento de Náufragos. Esta Sociedad que organizaba los socorros de ambulancias marítimas para el rescate de heridos y náufragos en los conflictos navales, comenzó a construir su papel en 1864 y tuvo durante el final del siglo XIX y posteriormente en el siglo XX una gran actividad.

Posteriormente se dará paso a la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1863, en base a que sirvió de alumbramiento a la Cruz Roja Internacional, donde se incluía un texto en el que se empezaban a recoger aspectos sobre el transporte sanitario, aunque en un principio sólo tratase de la guerra terrestre.

Luego aparecerá el Convenio de Ginebra de 1864, que será la base del principio inspirador para la aplicación de la protección de las víctimas en la guerra marítima y aérea y por ende de las normas sobre el transporte sanitario en dichos medios.

Se reseñan también el Congreso de Madrid de 1864, pues en él se consagra la idea de extender el Convenio de Ginebra a la guerra marítima, y el estudio que la Cruz Roja española realizó en 1863 sobre la protección de las ambulancias con el pabellón de la Cruz Roja.

A partir de este momento, van a relacionarse las diversas Conferencias Internacionales de la Cruz Roja, como la de París de 1867, Berlín de 1869, Carlsruhe de 1887, Roma de 1892 y Viena de 1897, que fueron los cimientos que harían posible que se regulase la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864, y en especial del transporte sanitario. En el apartado correspondiente a la Conferencia de Carlsruhe de 1887 se incluyen distintas circunstancias existentes que tuvieron gran relevancia durante el amplio periodo anterior, desde la Conferencia de París, y que por otra parte impidieron el desarrollo de los trabajos sobre la citada adaptación del Convenio de Ginebra de 1864 a la guerra marítima y por ende al transporte sanitario, en referencia a los acontecimientos bélicos de las guerras Franco-Prusiana de 1870, Ruso-turca de 1877 y Serbio-Búlgara de 1885. También se hace constar por su importancia la Declaración de Bruselas de 1874 y la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra de 1884.

Por otra parte cabe destacar el estudio sobre la Conferencia Diplomática de 1868, ya que en la misma es donde por vez primera se redactaría un texto con unos "Artículos Adicionales", cuyos principios hacían extender las previsiones del Convenio de Ginebra de 1864 a las fuerzas navales, recogándose en especial la protección de las ambulancias marítimas y los buques hospitales, es decir del transporte sanitario en el mar, y aunque no llegara a entrar en vigor, sirvió de aplicación a algunos casos.

Antes de llegar a la Primera Conferencia de la Paz de 1899 era necesario reseñar dos acontecimientos de gran trascendencia y repercusión para la regulación de la guerra

marítima y en especial para el transporte sanitario en dicho medio, como fue la guerra Chino-Japonesa de 1894 y el contencioso bélico Hispano-Norteamericano de 1898.

Por último se relacionan la III Convención de La Haya y la Declaración de La Haya, ambas de 1899, que se aprobaron durante la Primera Conferencia de La Paz del citado año 1899. Con estos textos se pone el colofón al final de esta fase. En cuanto a la III Convención de La Haya de 1899, era la primera vez que se acordaba una norma que tendría validez para adaptar a la guerra naval los principios de la Convención de Ginebra de 1864, contemplándose especialmente las cuestiones relativas al transporte sanitario marítimo, llevando a efecto lo intentado por la Conferencia Diplomática de 1868 y lo gestado en las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja que antes se relacionaban.

En cuanto a la Declaración de La Haya de 1899, sobre la prohibición de utilizar globos o medios análogos para lanzar proyectiles o explosivos, se incluye en esta fase una mera referencia, pues aunque no tratase todavía del transporte sanitario aéreo, y a pesar de que en la práctica se estaba desarrollando en este tipo de medio, representaría la primera vez que se regulase una materia relacionada con los medios aéreos.

**1.1.1) Declaración de París de 16 de abril de 1856, sobre la regulación de los diversos aspectos**

## de la guerra naval.

Esta Declaración, que fue suscrita tras la conclusión del Tratado de París de la misma fecha, el cual hizo poner fin a la guerra de Crimea (1853-1856), constituyó el resultado de un "modus vivendi" aprobado por Francia y el Reino Unido en 1854. Dicha Declaración fue firmada por siete potencias a la que, posteriormente, se adhirieron otras más (en las que se incluye España que la publicó por Real Decreto de 20 de enero de 1908)<sup>416</sup>, y contiene varias reglas sobre la guerra marítima, entre otras: la abolición de las patentes de corso, la prohibición de la captura de mercancías enemigas en barcos neutrales y de mercancías neutrales en barcos enemigos, la protección a los marinos neutrales en los conflictos armados y la exigencia de la efectividad del bloqueo para que fuese obligatorio respetarlo<sup>417</sup>.

Se debe señalar que antes de esta Declaración, en el ámbito americano, el Congreso de Lima de 1848 ya había procedido, en ese ámbito regional, a la citada abolición del corso y a la protección de los neutrales en la guerra naval. El contenido de esta Declaración, vigente desde el citado 16 de abril de 1856, se considera Derecho Internacional General.

Incluso Estados Unidos, que no es parte por falta de aceptación unánime de su propuesta sobre la exclusión de la propiedad privada de la captura, ha declarado su intención de respetar los principios señalados en esta Declaración<sup>418</sup>.

---

<sup>416</sup> Esperanza Orihuela Calatayud. *Derecho Internacional Humanitario. Tratados Internacionales y otros textos*, pág. 71. McGraw Hill, Madrid, 1998.

<sup>417</sup> José Luis Fernández-Flores. *El Derecho de los Conflictos Armados*. Ministerio de Defensa, 2001.

<sup>418</sup> Esperanza Orihuela Calatayud, obra citada.

No se debe pasar por alto un aspecto de gran importancia como es el caso de los marinos neutrales y su protección en los conflictos armados.

Para proteger a estos marinos neutrales fueron declaradas unas "normas internacionales" escasamente conocidas, que servirían como sustento legal para protegerlos en caso de conflicto armado. Actualmente dichas normas consuetudinarias son el único cuerpo jurídico existente para la protección citada.

Cuando los Estados beligerantes detenían a los buques neutrales con motivo de poder transportar mercancías que favoreciesen al enemigo, y los tribunales marítimos lo confirmaban, dichos buques eran declarados "botín de guerra" siendo confiscados y vendidos.

Muchos buques mercantes estadounidenses fueron interceptados y condenados luego por tribunales marítimos. No obstante, Gran Bretaña en 1794 revocó la orden de apresar naves neutrales.

Francia, con el fin de impedir toda navegación estadounidense en las Antillas que pudiera beneficiar a los ingleses, otorgó con mucha liberalidad patentes de corso. Hay que señalar que los corsarios eran navegantes privados, con intereses puramente comerciales, procedentes de cualquier Estado marítimo, aunque los mismos a menudo eran bucaneros, provistos de documentos oficiales, cuya actividad no se veía afectada por las leyes de la guerra<sup>419</sup>.

---

<sup>419</sup> Michael Harris Hoffmann. Artículo sobre *La guerra en el mar. Los marinos neutrales y el Derecho Internacional Humanitario: un precedente en materia de protección de las personas neutrales en los conflictos armados*. Revista Internacional de la Cruz Roja, 1992. Páginas 293-311.

En Europa, a mediados del siglo XVIII, se impuso la norma de que la marina de guerra podría interceptar e inspeccionar los buques mercantes neutrales, para comprobar que no servirían de apoyo al enemigo. Con motivo de las reiteradas protestas de los diplomáticos neutrales, por el maltrato a las tripulaciones de otros barcos, aquéllas conllevaron al principio que los tripulantes de una embarcación interceptada debían ser respetados como neutrales y gozar de la misma protección que en tiempo de paz. En cambio, a los marinos mercantes de países beligerantes se les aplicaba la norma de que eran considerados prisioneros de guerra y estaban protegidos por el Derecho de la guerra<sup>420</sup>.

En América, a finales del siglo XVIII, los corsarios con patente francesa estaban al acecho de los buques mercantes norteamericanos en el Caribe, dados los pingues beneficios que podía reportar el cargamento de tales buques.

En Europa en 1801 se seguía con las prácticas de apresamientos de buques mercantes, padeciéndolo sus marineros neutrales. Ejemplo de ello son los apresamientos de los 300 buques británicos por Rusia, para reforzar su reclamación de Malta, o el apresamiento por los británicos de 200 buques mercantes suecos con motivo de la orden de embargo de todas las embarcaciones de la "Liga neutral" formada por Rusia, Prusia, Dinamarca y Suecia para proteger sus buques mercantes de la marina británica<sup>421</sup>.

Hay que decir que a pesar de los diferentes puntos de

---

<sup>420</sup> Jean Pictet. *Comentary on the Second Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of wounded, sick and Shipwrecked Members of Armed Forces at sea*. CICR. Ginebra, 1960. Pág. 98.

<sup>421</sup> Mahan, A.T. *The influence of sea power upon the French Revolution and Empire. 1793-1812*, Vol. II, reeditado por Scholarly Press, Michigan, pg. 53-55.

disputa sobre los derechos marítimos de los Estados neutrales, que llegaban hasta el conflicto bélico, nunca se puso en entredicho el principio fundamental de que no se debe maltratar a los marinos neutrales.

Con el final de las guerras napoleónicas, en 1815, la cuestión de la inspección de los navíos dejó de ser un problema apremiante<sup>422</sup>.

En 1842, los marinos se beneficiaron de una concesión otorgada implícitamente al Gobierno estadounidense, el cual en ese mismo periodo ratifica un tratado por el que se compromete a colaborar para terminar con la trata de esclavos. Gran Bretaña aseguró a los norteamericanos que pronto se llegaría a un acuerdo satisfactorio que nunca se alcanzó, pero en el transcurso del decenio 1850-1860 el Gobierno británico dejó de reclamar el derecho de reclutar por la fuerza a marineros que navegaban bajo otros pabellones.

El 16 de abril de 1856 se firmó la ya referida Declaración de París, que entre otros acuerdos, estaba "la abolición del corso" y la prohibición de requisar bienes neutrales, salvo si se trataba de contrabando de guerra. Al liberal las rutas marítimas de individuos que combatían por el comercio, se dio un gran avance a la protección de los navegantes neutrales y de los beligerantes contra los abusos de la guerra. Aunque los Estados Unidos no fuesen parte en la Declaración, no sólo se pronunciaron en su intención de respetar sus principios, sino que contribuyeron al desarrollo del derecho relativo a las

---

<sup>422</sup> Michael Harris Hoffman, en su artículo citado *La guerra en el mar* (RICR 1992) remite al caso de "The Lively" (US Circuit Court District of Massachussets, 1812) reproducido en *The Federal Cases*, West Publishing CO., St. Paul, 1895, Vol.15, págs. 631 y 636.



personas neutrales en el mar<sup>423</sup>.

**1.1.2) Las Sociedades de Salvamento de Náufragos, futuras Sociedades de Socorro en los Conflictos Armados en el Mar.**

Haciendo un inciso en este primer periodo, hay que referirse a una institución compuesta de personas voluntariosas que han persistido hasta la actualidad, como son las Sociedades de Salvamento de Náufragos, pues éstas han actuado y actúan en los conflictos bélicos en el mar como ambulancias marítimas.

El cuatro de marzo de 1824 se crea en Gran Bretaña la primera Sociedad de Salvamento de Náufragos, cuyo principal fundador fue el Teniente Coronel Sir William Hillary. Dicha Sociedad recibía treinta años más tarde, en 1854, el nombre de "Royal National Lifeboat Institution" (RNLI) con el que se le conocerá hasta nuestros días.

Se debe destacar el papel que tendrían las Sociedades de Salvamento en los conflictos armados, ya que asumían un gran compromiso y protagonismo para actuar como precedente en auxilio de las víctimas de dichos conflictos bélicos en el mar y demás zonas de aguas continentales.

Hay que reseñar, para ratificar lo anterior, el trabajo publicado en 1823 por el referido Sir William Hillary titulado "An Appeal to the British Nation on the Humanity

---

<sup>423</sup> Michael Harris Hoffman, obra citada, 1992. Pág. 293-311.

and Policy of forming a National Institution for the Preservation of lives and property from Shipwrech", donde se hacía especial hincapié en que las embarcaciones de salvamento deberían acudir en auxilio de las personas y buques que lo necesitasen, cualquiera que fuese su nacionalidad, lo mismo en tiempo de paz que en guerra<sup>424</sup>.

En las guerras marítimas se le atribuía una gran importancia a proveerse de la existencia de unos socorros bien organizados en las aguas territoriales, en los que se incluirían ambulancias marítimas. Con motivo de los conflictos bélicos para la defensa de los puertos de guerra, o el dominio del mar en toda la esfera de acción del litoral, las citadas ambulancias marítimas servirían para socorro de heridos cerca de las costas y eventualmente para suministrar socorro a escuadras.

En Francia, en el año 1864, se comenzó a edificar el papel de las Sociedades de Salvamento en las guerras marítimas, dándose el paso definitivo treinta años después en 1891, para emplear dicha Institución en los conflictos armados, dando lugar al Convenio del 18 de mayo del citado año 1891 por el que la Societé Central de Sauvetage des naufragues se obligaba a prestar asistencia a los heridos de los combates que hubieran tenido lugar en el mar, en las inmediaciones de las costas francesas<sup>425</sup>.

En dicho periodo en Europa, muchos de sus países estaban provistos de estas Sociedades de Salvamento, bien organizadas, y podían tener unos sistemas de socorro seguro e indiscutible en las guerras marítimas próximas a las

---

<sup>424</sup> Ángel Luis Díaz del Río Martínez. Artículo "La XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Naufragos. Revista de Marina. Mayo 1987, Pg. 727-734.

<sup>425</sup> Federico Montalbo. Socorros a los heridos y a los naufragos de las guerras marítimas. Revista General de Marina. Madrid, 1894.

costas y en todos los mares, aunque deberían todavía estudiarse las medidas para que estuvieran protegidas por la neutralización más absoluta. Es de interés señalar el informe presentado en la V Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1892 en Roma, por el Comité Austro-Húngaro, bajo el título "Proyecto de Reglamento de una ambulancia marítima de la Asociación de Socorros de los Señores de la Cruz Roja de Trieste e Istra"<sup>426</sup>.

Cabe indicar que en 1924, cuando se celebraba en Londres el centenario de la RNLI, tiene lugar la primera Conferencia donde se crea la Internacional Lifeboat Conference, en donde se sugirió que el carácter de miembro de ILC quedase limitado a organizaciones de salvamento debidamente aprobadas y reconocidas por el gobierno de la nación<sup>427</sup>, reuniéndose a partir de 1928 cada cuatro años en un país diferente, aportándose entre las distintas Sociedades de Salvamentos y Náufragos conocimientos, técnicas y experiencia en búsqueda y rescate<sup>428</sup>. En este mismo título se hará referencia más ampliamente sobre las citadas Conferencias, que especialmente trataron sobre la asistencia de los barcos de salvamento en casos de conflictos armados, y su adaptación legal para la práctica de los mismos.

### **1.1.3) Conferencia Internacional de Ginebra de 1863, para el Comienzo de la Cruz Roja**

---

<sup>426</sup> Federico Montalbo, obra citada.

<sup>427</sup> Exposición del representante del Reino Unido en la XV ILC, 1987, en La Coruña. Resumen de las ponencias presentadas en la XV Conferencia Internacional de las Sociedades de Salvamento de Náufragos, realizado por Cruz Roja Española. Junio, 1987.

<sup>428</sup> Resumen de las ponencias presentadas en la XV Conferencia Internacional de las Sociedades de Salvamento de Náufragos, realizado por Cruz Roja Española. Turíño, 1987.

## Internacional.

Esta Conferencia se organizó del 26 al 27 de octubre de 1863, y aunque se llevó a cabo de forma privada, es importante destacarla pues la misma sirvió para dar la luz a la Cruz Roja Internacional y crear en su proyecto de concordato las líneas básicas para afrontarse unas de las cuestiones que serían el objeto de este trabajo, me refiero al transporte sanitario que, aunque en un principio se tratase sólo en el campo de batalla terrestre, no obstante, con posterioridad se traslada al conflicto armado naval, y luego al campo de la aviación.

En Ginebra, como en muchos cantones suizos, había una *Sociedad de Utilidad Pública*, institución privada, de la que formaban parte unos 180 miembros, administrada por una comisión central. Moynier entró en ella y se ocupó de las reformas sociales.

Dos años más tarde, Moynier presidía la *Sociedad de Utilidad Pública*. Estaba convencido, como Dunant, de que la empresa debía situarse en el plano internacional, sometiendo "la creación de un cuerpo de enfermeros voluntarios para los ejércitos en campaña" a un importante Congreso de Beneficencia que debía celebrarse el mes de septiembre en Berlín, y aunque en un principio la Sociedad no acogió la idea con gran entusiasmo, gracias al apoyo de los médicos Maunoir y Appia, se consiguió que se inclinase la balanza a favor de su proyecto.

La propuesta de Moynier fue aprobada y remitida a una comisión de cinco miembros para que preparara el expediente que debía presentarse en Berlín. La comisión estaba compuesta por el general Dufour, los doctores Appia y

Maunoir, Dunant y Moynier, que sería el portavoz de la *Sociedad de Utilidad Pública* en Berlín<sup>429</sup>.

El 9 de febrero de 1863, fecha de la reunión en que se trató este tema, marcó el verdadero punto de partida de la Cruz Roja.

La comisión constituida por la Sociedad de Utilidad Pública se reunió por primera vez el 17 de febrero de 1863. Sus cinco miembros estaban presentes. Moynier abrió la sesión y recordó su objeto: los cuerpos sanitarios adscritos a los ejércitos eran insuficientes. Había que crear, pues, ya en tiempo de paz, "sociedades de socorro para los militares heridos y agregar a los ejércitos beligerantes un cuerpo de enfermeros voluntarios". Ese era el objetivo<sup>430</sup>.

Para lograrlo, se había previsto un medio: someter el asunto al Congreso de Beneficencia que se iba a celebrar el mes de septiembre en Berlín. Pero, ¿era ésta una solución satisfactoria? ¿Podía realmente esperarse que esa asamblea, que tendría otras muchas preocupaciones más inmediatas y cuya existencia sería efímera, realizara un proyecto de tan largo alcance? Moynier, que conocía bien ese tipo de reuniones, dudaba probablemente de ello más que ningún otro. Así pues, apoyado por Dunant, propuso "que la comisión se declarara a sí misma constituida en un comité internacional permanente que, tras finalizar el cometido que le había confiado la *Sociedad de Utilidad Pública*, continuara existiendo como Comité Internacional de Socorro a los Heridos en caso de guerra"<sup>431</sup>.

Asegurada, pues, su continuidad, la comisión necesitaba un

---

<sup>429</sup> Pierre Boissier. De Solferino a Tsushima, CICR, 1997.

<sup>430</sup> Pierre Boissier, obra citada.

<sup>431</sup> Pierre Boissier, obra citada.

presidente, que sería el general Dufour, mientras que Moynier fue nombrado vicepresidente. Dunant, como secretario, redactó las actas de las reuniones del Comité Internacional de Socorro a los Heridos, puesto que este fue el nombre que se adoptó.

En la primera sesión se tomó la decisión de preparar un informe para el Congreso de Berlín, informándose no sólo a los Gobiernos sino también al público en general, para que todo el mundo aprobase la idea, así como las clases altas y las bajas, los soberanos de Europa y la población en general.

Dunant dio rienda suelta a su generosa imaginación. Quería que en el informe se hiciera comprender al público que no sólo se trataba de enviar enfermeros voluntarios al campo de batalla. El tema era mucho más amplio, incluyendo el mejoramiento de los medios de transporte para los heridos, el perfeccionamiento del servicio de los hospitales militares, la adopción universal de innovaciones útiles para el tratamiento de los militares heridos o enfermos, la creación de un verdadero museo para esos medios de salvamento<sup>432</sup>.

La tercera reunión del Comité Internacional de Socorro a los Militares Heridos tuvo lugar el 25 de agosto y marcó una etapa más decisiva. Moynier anunció que no se celebraría el Congreso de Beneficencia en Berlín. De acuerdo con Dunant, había pensado que la única manera de hacer avanzar el asunto era convocar una conferencia internacional en Ginebra<sup>433</sup>.

Por otra parte, Dunant anunció su propósito de asistir a un

---

<sup>432</sup> Pierre Boissier, obra citada.

<sup>433</sup> Pierre Boissier, obra citada.

gran congreso de estadística que tendría lugar en Berlín del 6 al 12 de septiembre. Allí trataría de despertar el interés de los participantes por las ideas del Comité<sup>434</sup>. Luego, iría a Viena, Dresde y Munich con el fin de obtener la simpatía del público alemán.

Moynier y Dunant no perdieron un instante. Tres días después de esta tercera e importante reunión del Comité, ya habían hecho imprimir un folleto de 16 páginas, que contenía una carta de invitación a la conferencia, prevista para el 26 de octubre, el proyecto de concordato, cuidadosamente revisado, y tres artículos sobre el tema, publicados en el *Journal de la Société vaudoise d'Utilité publique*, el *Journal des Débats* y el *Journal de Genève*. Este era el gancho que el Comité iba a lanzar en toda Europa para atraer a Ginebra a los notables, a los representantes de los Estados y a los expertos que necesitaba.

La invitación del Comité Internacional estaba fechada el 1 de septiembre de 1863. Para "llevar las ideas del señor Dunant de la teoría a la práctica", la invitación estaba dirigida a dos categorías de personas: los filántropos y los gobiernos, de los que se esperaba que enviaran representantes. La conferencia tendría así un carácter heterogéneo, rasgo que mantendrían todas las conferencias internacionales de la Cruz Roja.

El Proyecto de Concordato, que acompañaba a esta invitación, era un documento capital. Fue el resultado de los trabajos del Comité y el primer esbozo de la carta

---

<sup>434</sup> Manuel Antón Ayllón y Mercedes Babe Romero. Tema 3i denominado "Movimiento Internacional de la Cruz Roja", del libro *Derecho Internacional de la Cruz Roja* elaborado por el Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario, de Cruz Roja Española, 2002.

fundamental de la institución que se estaba gestando<sup>435</sup>.

En el documento que se propuso a la Conferencia, que constaba de 10 artículos, cabe resaltar los artículos 4 y 10, pues en ellos se hace constar una de las cuestiones objeto principal de este estudio, referente a la de los medios de transporte para los heridos, aunque en este caso sólo se tratase sobre la guerra terrestre, pero que serviría de base para que años más tarde se trasladase su regulación a la guerra marítima y posteriormente a la evacuación aérea, y también es de destacar el artículo 9 sobre la necesidad de que los enfermeros voluntarios tuvieran en todos los países un uniforme o signo distintivo igual.

El artículo 4 trataba de que en tiempo de paz los Comités deberían ocuparse de realizar las mejoras oportunas en las instalaciones de las ambulancias terrestres, así como de los medios de transporte para los heridos:

*"Art. 4: En tiempo de paz, los Comités y sus secciones se ocuparán de las mejoras que deben introducirse en el servicio sanitario militar, en la instalación de las ambulancias y de los hospitales, en los medios de transporte para los heridos, etc, y proseguirán su realización".*

El artículo 10 disponía que los sanitarios, bien del cuerpo de enfermeros o socorristas voluntarios, deberían tener a su disposición los medios de transportes, sus provisiones de medicamentos y socorros, siguiendo a los ejércitos pero en ningún caso se les debería obstaculizar:

---

<sup>435</sup> Pierre Boissier, obra citada.



"Los cuerpos de enfermeros o socorristas voluntarios seguirán a los ejércitos en su marcha, sin obstaculizarles ni ocasionarles ningún gasto. Tendrán sus medios de transporte, sus víveres y sus provisiones de medicamentos y socorros de toda clase".

Treinta y una personas respondieron a su llamamiento. Estaban representados dieciséis Estados y cuatro instituciones filantrópicas. Tras un arduo debate, artículo por artículo, del proyecto de concordato, cabe resaltar dos puntos de una importancia particular: el signo distintivo y la neutralidad.

Ambas cuestiones están, por lo demás, relacionadas, puesto que una de las razones de ser del signo es precisamente la de designar las personas que pueden invocar la neutralidad.

El proyecto de concordato no decía nada sobre cuál sería el signo uniforme que los enfermeros voluntarios llevarían en todos los países. La Conferencia aprobó, a propuesta del Sr. Appia, un "brazal blanco con un cruz roja". Se ha dicho con frecuencia que, al escoger estos colores, inversos a los de la bandera suiza, la Asamblea quiso rendir homenaje al país que dio origen a la obra de socorro a los militares heridos. La Conferencia diplomática de Ginebra de 1906 tomó esa versión por un hecho y la opinión general tampoco duda de ello. Sin embargo, nada es menos cierto.

Finalmente, se aprobó por unanimidad la neutralidad del personal sanitario, que se convertiría en la piedra angular de todo el edificio de la Cruz Roja.

Las resoluciones y recomendaciones de la Conferencia de octubre de 1863 constituyen la carta fundamental de la obra

de socorro a los heridos de guerra. Forman parte de esos pocos textos que han cambiado algo en el mundo. No suprimieron la guerra, pero han reducido su poder sobre los hombres y le han arrebatado innumerables víctimas<sup>436</sup>.

En el contenido definitivo de las Resoluciones de la Conferencia, no consta ninguna referencia sobre el transporte sanitario. No obstante, la Conferencia formuló algunas recomendaciones en donde sí se refiere a la neutralidad de las ambulancias, como la que a continuación se detalla:

*"Independientemente de las Resoluciones anteriores, las Conferencia formula varias Recomendaciones, en las que se incluye una cuestión específica del transporte sanitario: que la neutralidad de las ambulancias y los hospitales militares sea proclamada en tiempo de guerra por las naciones beligerantes, y que sea igualmente admitida del modo más completo, para el personal sanitario oficial, para los enfermeros voluntarios, para los habitantes del país que acudan a socorrer a los heridos y para los heridos mismos".*

También se aprobaron otras recomendaciones dignas de resaltar:

- Que los Gobiernos concediesen su alta protección a los comités de socorro que se formasen y facilitasen en todo lo posible el cumplimiento de su mandato;
- Que un signo distintivo idéntico fuese admitido para los cuerpos sanitarios de todos los ejércitos o, por lo menos,

---

<sup>436</sup> Pierre Boissier, obra citada.

para las personas de un mismo ejército agregadas a dicho servicio;

• Que una bandera idéntica fuese también adoptada, en todos los países, para las ambulancias y los hospitales<sup>437</sup>.

**1.1.4) Convenio de Ginebra, de 22 de Agosto de 1864, para Mejorar la Suerte de los Militares heridos en Campaña.**

El Convenio de 1864 dio validez internacional a los acuerdos y votos de la Conferencia de Ginebra de 1863. Es así el punto de partida del gran movimiento jurídico-internacional para la protección de las víctimas de la guerra, que constituye el conjunto de la obra de Ginebra<sup>438</sup>.

Aunque este Convenio no dispuso de normas para la guerra marítima y aérea es imprescindible reseñarse por cuanto será la base para que la aplicación de sus normas, específicamente para la guerra terrestre, se lleve al escenario de la guerra en el mar y en el aire, como más adelante se constatará.

Este primer texto convencional, elaborado el 22 de agosto de 1864, durante una Conferencia Diplomática en la que participaron delegados plenipotenciarios de dieciséis países, y fue ratificado en el transcurso de los años

---

<sup>437</sup> Pierre Boissier, obra citada.

<sup>438</sup> Jean S. Pictet "La Convention de Genève par l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées à campagne". Revista Internacional de la Cruz Roja, n° 94. Julio-Agosto 1989.

siguientes por la casi totalidad de los Estados<sup>439</sup>, consta de diez artículos que tratan de la obligación de asistir a los heridos cualquiera que sea su nacionalidad, la neutralidad del personal sanitario y de las instituciones sanitarias, la protección de los transportes sanitarios (ambulancias terrestres) y del signo distintivo de la cruz roja sobre fondo blanco.

En referencia a la protección de los transportes sanitarios (en este caso sobre las ambulancias terrestres) trataban cinco artículos (1º, 2º, 3º, 4º y 7º). Dichos artículos se referían expresamente a las ambulancias, su personal, bandera y signo protector. El artículo 1º señalaba que debería reconocerse su neutralidad, siempre que transportasen a heridos o enfermos, cesando la neutralidad cuando la ambulancia estuviese guardada por una fuerza militar. El artículo 2º disponía que el personal de las ambulancias participara del derecho de la neutralidad. El 3º, en referencia al citado personal, especificaba que podrían seguir ejerciendo sus funciones en la ambulancia, después de la ocupación por el enemigo, o también incorporarse al cuerpo a que perteneciesen. El artículo 4º señalaba que las ambulancias conservarían su material. El artículo restante, el nº 7, trataba sobre la adopción de una bandera distintiva para las ambulancias, así como de un brazal que debe portar su personal para considerarse neutral, llevando dicha bandera y brazal una cruz roja sobre fondo blanco.

Este Convenio entró en vigor con carácter general y para España, el 22 de junio de 1865, y fue reemplazado sucesivamente por las Convenciones de Ginebra de 1906, 1929

---

<sup>439</sup> Concepción Arenal, "Ensayo sobre el derecho de gentes", pág. 350: "El texto del Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864 es la mayor gloria del siglo XIX y la mayor prueba de progreso moral").

y 1949, dejando de estar en vigor en 1966, cuando la República de Corea, el último Estado Parte, se adhirió a los Convenios de Ginebra de 1949<sup>440</sup>.

Este texto tuvo una gran repercusión, pues fue el punto de partida que llevaría a la consecución de los convenios posteriores, que incluirían normas especialmente sobre el transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados<sup>441</sup>.

Tras la firma del 22 de agosto de 1864, por los delegados de los doce Estados que firmaron el *Convenio para el mejoramiento de la suerte de los militares heridos en los ejércitos en campaña*, se preguntaba si este pequeño tratado de diez artículos tenía fuerza de ley, pues la respuesta era no. Los Estados sólo estarían obligados a partir del momento en que ratificaran el Convenio.

Con fecha de 22 de septiembre de 1864, catorce Estados ya lo habían ratificado. Francia encabezaba la lista, seguido de Suiza, Bélgica, Países Bajos, Italia, España, Suecia y Noruega, Dinamarca, Gran Ducado de Baden, Grecia, Gran Bretaña, Gran Ducado de Mecklemburgo-Schwerin, Prusia y Turquía. Pero la pregunta que se planteaba era saber si esas adhesiones sólo se habían efectuado para mostrar buenos sentimientos o para garantizar la aplicación efectiva del Convenio cuando estallara un conflicto. Parece ser que la respuesta no era muy alentadora.

Estando ya en el año 1866, el príncipe Henri XIII de Reuss, presidente del Comité Central, expresaba su inquietud,

---

<sup>440</sup> José Luis Fernández Flores. *Derecho de los Conflictos Armados*. Ministerio de Defensa, 2001, obra ya citada.

<sup>441</sup> PS. V. Pictet, J.: *El primer Convenio de Ginebra*. RICR n° 94, julio-agosto 1989.

porque veía la amenaza de la guerra avanzar a pasos más rápidos que el derecho.

Salvo Baden, Mecklemburgo y Wurtemberg, los pequeños Estados de la Confederación Germánica se negaron, como Austria, a adherirse al Convenio.

La suerte estaba echada. Austria obtuvo "la exclusión federal" de Prusia. El 15 de junio de 1866, Prusia, considerando disuelta la Confederación, abrió las hostilidades<sup>442</sup>.

Firmado por unos, rehusado por otros, ¿iba a quedarse el Convenio en letra muerta? No tan completamente como pudiera temerse. En efecto, el mismo día, una carta del príncipe de Reuss informaba al Comité de que el rey Guillermo I había decidido que Prusia aplicaría el Convenio de Ginebra sin esperar contrapartida por parte de Austria.

Las hostilidades se desarrollaron en cuatro teatros de operaciones principales: En Turingia, en Bohemia, en el norte de Italia y, por último, en el mar, a la altura de la isla de Lissa o Vis. Algunos beligerantes se habían adherido al Convenio, otros no. Algunos tenían una Sociedad de Socorro que secundaría a su Servicio Sanitario; otros carecían de ella.

La gran batalla, que decidió la victoria prusiana, tuvo lugar el 3 de julio en la llanura que separa Sadová de Königgrätz (hoy Hradec Kralové). Tras nueve horas de encarnizado combate, los ejércitos austriacos se batieron en retirada. El espectáculo del campo de batalla era aún más terrible que el de Solferino: 40.000 soldados de ambos

---

<sup>442</sup> Pierre Boissier, obra citada.

ejércitos, muertos o heridos, cubrían el suelo. Tres cuartos de ellos eran austriacos. La enorme tarea de recoger a esos heridos correspondió en su totalidad al ejército prusiano. La guerra de 1866 evidenció plenamente la utilidad de las Sociedades de Socorro<sup>443</sup>.

El 20 de junio, cinco días después que Prusia, el rey Víctor Manuel declaraba la guerra a Austria, a fin de anexionar el Véneto, que continuaba bajo la soberanía austriaca, a la corona sarda. El Gobierno italiano afirmó que el Ministerio de la Guerra no sólo había tomado todas las disposiciones para garantizar la debida observancia del Convenio de Ginebra, sino que había ordenado, además, que se aplicasen algunas medidas que el Comité había solicitado.

Se debe resaltar una cuestión de vital importancia que serviría de pilar fundamental para el objeto de estudio del transporte sanitario: el Convenio de Ginebra tenía diez artículos. Pero el proyecto redactado por Moynier y Dufour para uso de los miembros de la Conferencia de agosto de 1864 contenía un undécimo, que a continuación se detalla<sup>444</sup>:

*"Disposiciones análogas a las precedentes, relativas a las guerras marítimas, podrán ser objeto de un convenio ulterior entre las Potencias interesadas".*

El Comité no tenía el tiempo, ni por otro lado, las competencias necesarias para realizar un estudio a fondo de la guerra marítima. Pensaba, sin embargo, que lo que era válido en tierra también lo era en el mar. Le parecía tan razonable declarar neutrales a los barcos hospitales como a

---

<sup>443</sup> Pierre Boissier, obra citada.

<sup>444</sup> Pierre Boissier, obra citada.

las ambulancias. Pero la Conferencia salió al paso, señalando que no se había reunido para tratar dicha cuestión. Parece que faltaba un Solferino marítimo que justificase su regulación.

Esa batalla naval que evidenciaría la necesidad de extender a la guerra marítima las disposiciones del Convenio de Ginebra, tuvo lugar a la altura de la costa dálmata, no lejos de la isla de Lissa. El 20 de julio de 1866 tuvo lugar la confrontación bélica de las flotas italiana y austriaca. Las fuerzas enfrentadas eran extraordinariamente desiguales. La escuadra italiana, dirigida por el almirante Persano, era una de las mejores del momento. Doce barcos de las 34 unidades que la integraban estaban provistos de los últimos adelantos: el espolón, la coraza y la hélice.

De los 27 navíos austriacos, sólo siete fragatas disponían de ellos. Pero esa inferioridad numérica y técnica se vería más que compensada por la habilidad maniobrera del contralmirante Tegetthoff, que obtuvo una brillante victoria.

La batalla, que duró cuatro horas, se convirtió pronto en una gran refriega bélica llena de confusión. El vapor les daba, por primera vez en la guerra marítima, una extraordinaria facilidad de maniobra. En medio del ininterrumpido fragor de los cañones, los navíos amigos y enemigos se cruzaban por escaso margen, rozándose a veces los unos a los otros en un torbellino de hierro y fuego.

El *Re d'Italia*, cuyo timón se había dañado, se vio embestido por el *Ferdinand-Max*, que se lanzó contra él con su masa de 4.500 toneladas a una velocidad de once nudos y medio, que hizo romper planchas acoradas y blindajes,



jarcias y varengas, se hundió seis pies en el casco del enemigo y abrió una vía de agua de unos 140 pies cuadrados. El puente del *Re d'Italia* se levantó ante el *Ferdinand-Max*; la tripulación, que se encontraba en las bordas y gavias, resbaló y cayó al mar, mientras el barco se hundía.

Para socorrer a su enemigo, el almirante Tegetthoff hizo descender inmediatamente la chalupa de estribor, la única que quedaba intacta. Aunque la victoria ya estaba decidida, el combate continuó con toda violencia. So pena de correr la misma suerte que el *Re d'Italia*, todas las embarcaciones estaban obligadas a moverse, sin poder detenerse para socorrer a las víctimas. Doscientos hombres de los 600 que integraban la tripulación del barco hundido perecieron ahogados. Esta terrible circunstancia sería un factor que daría origen a todo el derecho convencional del mar, y por ende al específico estudio del transporte marítimo sanitario en los conflictos armados<sup>445</sup>.

La terrible realidad bélica que esta vez no tenía lugar en los campos de tierra firme, sino en el mar, demostraba que no había diferencias en el resultado de las guerras con respecto a sus víctimas; éstas sufrirían igual puesto que la guerra es un producto de la irracionalidad del hombre, una consecuencia del instinto humano, escasamente controlado por la razón<sup>446</sup>.

Por ello, era necesario que el derecho diera una respuesta para procurar, al igual que se había regulado para la guerra terrestre con el objetivo de mejorar la suerte de los militares heridos mediante el citado Convenio de Ginebra de 1864, que se trasladase la aplicación de dicho

---

<sup>445</sup> Pierre Boissier, obra citada.

<sup>446</sup> José Luis Fernández-Flores. La razón y la guerra. REDM n° 40, pág. 77.

texto legal a la guerra marítima, a los efectos de que el Derecho Internacional pusiera frenos normativos que limitasen sus efectos devastadores (*Ius in Bello*), sometiendo a las reglas de humanidad, es decir al llamado Derecho Internacional humanitario, que inspirado en la noción ética de la humanidad obtuviese la protección de las víctimas en los conflictos armados, en este caso en el medio marítimo<sup>447</sup>.

Pues bien, si existía por tanto ya una norma que se ocupaba de la protección de los heridos, en la que trataba de una cuestión básica para su cumplimiento, "el medio de transporte", es decir, la "ambulancia terrestre", la cual tenía garantizada la protección y el respeto con carácter general, prohibiéndose por su condición el ataque a las mismas, era también necesario dar una respuesta similar por la guerra marítima.

No pasaría mucho tiempo para que se levantaran voces de expertos y militares en favor de esta nueva regulación, para que se normalizase el transporte de heridos, enfermos y náufragos en la guerra naval, que ya en la práctica se realizaba, como más adelante se comprobará. No obstante, habría que esperar cuatro años, hasta 1868, para se alumbrase la primera norma al efecto, aunque ésta no tuvo validez.

#### **1.1.5) Congreso de Madrid de 1864. Guerra**

---

<sup>447</sup> Manuel Pérez González. Tema 1. Introducción: El Derecho Internacional Humanitario frente a la violencia bélica: Una apuesta para la Humanidad en situaciones de conflicto. Libro El Derecho Internacional Humanitario elaborado por el Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario (CEDIH) de Cruz Roja Española.

## Marítima.

En 1864 tuvo lugar en Madrid un congreso, donde oficiales de todos los países ibéricos e iberoamericanos estudiaron igualmente el derecho de la guerra. La opinión unánime fue que el Convenio de Ginebra no sólo tenía que ser revisado, sino que debía extenderse a la guerra marítima. Fue una de las primeras voces que se alzaban manifestando la necesidad, a la vista de las terribles experiencias prácticas, de que se aplicase el Convenio de Ginebra de 1864 a la guerra marítima en beneficio de sus innumerables víctimas.

Transcurrieron cuatro años más, hasta el momento en que el coronal Ziegler, médico jefe del ejército suizo, presentó un proyecto propio, que puso finalmente la maquinaria en movimiento.

El primer paso que dio el Consejo Federal fue requerir la opinión del Comité Internacional. También le pidió abrir una investigación oficiosa entre los Comités Centrales para que averiguaran cómo se recibiría en las fiestas oficiales la idea de una revisión del Convenio de Ginebra.

Ni qué decir tiene que el proyecto de Ziegler no halló gracia a los ojos de Moynier, que le reprochaba, en especial, que no se ocupara en absoluto de la guerra marítima<sup>448</sup>.

---

<sup>448</sup> Pierre Boissier, obra citada.

**1.1.6) La Cruz Roja Española estudia y considera en 1866 la protección de las ambulancias con pabellón blanco con cruz roja.**

Como anteriormente se ha reseñado, aunque no existiese una norma que extendiese los principios del Convenio de Ginebra a la guerra naval, y por ende al transporte sanitario en dicho medio, la realidad es que se realizaba este servicio, y ejemplo de ello es, entre otros, el caso español donde primera vez una "ambulancia marítima" llevaría a cabo el salvamento, la asistencia y el traslado de los heridos, enfermos y náufragos durante el conflicto armado, habido en este caso en las aguas de Cartagena en 1873.

La Asamblea suprema de la Cruz Roja Española considera en reunión de 28 de febrero de 1866, y a propuesta de sus asociados, especialmente la Comisión de Cartagena, recabar para la marina de guerra los beneficios que la Asociación Internacional otorgaba a los heridos de los ejércitos beligerantes en tierra, de modo que fuesen respetados los heridos en combates navales, una vez bajo la protección de la Sociedad en ambulancias, hospitales, casas particulares y embarcaciones que ostentasen pabellón blanco con cruz roja.

Se debe recordar que por esa época en España reinaba la reina Isabel II, no obstante en 1868, con el levantamiento del General Prim tuvo lugar la destronación de la reina Isabel II, la cual partió al exilio en París. El hecho de la destronación de Isabel II impidió a España la ratificación del protocolo adicional al Convenio de Ginebra firmado el 5 de octubre de 1868. No obstante, ello no fue óbice para su acatamiento, cuyo ejemplo se obtiene en la confrontación hispano-norteamericana de 1898, cuyas partes

beligerantes, a pesar de no haber suscrito los acuerdos de Ginebra, lo llevaron a efecto a título de "modus vivendi"<sup>449</sup>. Amadeo de Saboya fue elegido por las nuevas Cortes como el nuevo Monarca, aunque en 1873 abdica y se proclama la I República. En 1874 se vuelve a restaurar la monarquía, proclamándose rey a Alfonso XII, el 9 de enero de 1875.

Hay que señalar que la primera ambulancia marítima fue la española "Buenaventura", un vapor de ciento diez toneladas, surcando las aguas el 13 de octubre de 1873, en el Puerto de Cartagena con motivo de la guerra Cantonal, haciendo un gran servicio humanitario en el rescate y asistencia a las víctimas de la referida guerra, evitando un gran número de muertos<sup>450</sup>.

Con ello se demostraba una vez más que era inevitable la regulación del transporte sanitario en la guerra marítima.

#### **1.1.17) Conferencia Internacional de la Cruz Roja de París, 31 de agosto de 1867.**

Antes de exponer aquellas cuestiones previas a la apertura de la Conferencia, es de interés ilustrar sucintamente cómo estaba configurada la situación de los Estados de Prusia y Austria, antes de su conflicto bélico de 1866.

---

<sup>449</sup> Jaime Salva. *Buques hospitales según el Derecho Internacional y la legislación española*. Revista de la Marina, Tomo I. Febrero, 1927, pág. 215-219.

<sup>450</sup> Antonio Puig Campillo. *La primera ambulancia marítima*. Historia de la Cruz Roja Española durante las guerras civiles del siglo XIX. Cruz Roja Española, 1988.

En el siglo XVIII, Prusia era uno de los Estados alemanes que se convirtió en una gran potencia. Se debe recordar la existencia de otros Estados alemanes como Baviera, Hannover o Sajonia. Después de que Prusia derrotase a Francia al final del siglo XVIII, se convirtió en una fuerza dominante de la Confederación alemana. No obstante, dicho control lo tenía Austria.

En 1866 persistía su rivalidad entre Austria y Prusia, lo que condujo a una guerra, en la que los prusianos liderados por Bismarck derrotaron a Austria (Hansburgo) excluyéndola de la Confederación alemana<sup>451</sup>.

La guerra austro-prusiana de 1866 fue la ocasión de experiencias tan convincentes que, siguiendo el ejemplo de Austria, tres Estados se adhirieron al Convenio de Ginebra: Portugal, Sajonia Real y Rusia. Al mismo tiempo, se constituyeron tres Sociedades de Socorro, en Rusia, Austria y en los Países Bajos. Cuatro años después de su fundación, la obra nacida en Ginebra había llegado a toda Europa y alcanzado la expansión geográfica que se había propuesto.

La guerra que acababa de terminar había demostrado que las Sociedades de Socorro no pecaban por exceso de solidaridad. El Comité Central francés propuso a los otros Comités participar en la Exposición Universal que tuvo lugar en París de abril a octubre de 1867. Se preguntaba por qué no aprovechar la ocasión para invitar a los delegados de todas las Sociedades a reunirse en una Conferencia.

El 18 de septiembre de 1866, Moynier envió al duque de Fezensac, presidente del Comité Central francés, una carta

---

<sup>451</sup> Geographica. El gran Atlas Mundial ilustrado, editado por Könemann, 1999.

refrendada por Dunant, manifestándose a favor de la utilidad de estudiar juntos la organización de los Comités y, sobre todo, las relaciones internacionales que debían establecerse entre los Comités de los diversos países<sup>452</sup>.

Por fin se tomó la decisión de invitar a París a los miembros de los Comités Centrales, aunque también a otros colectivos, como a los médicos civiles y militares, a los miembros de las órdenes de caballería y de las órdenes monásticas dedicados a la caridad y, por último, a cuantos pudieran hallaren la Conferencia un interés científico o filantrópico. También se solicitó a todos los Estados signatarios del Convenio que enviaran representantes.

El Comité francés había encargado a uno de sus miembros más influyentes, el conde Sérurier, que se pusiera en contacto con Le Play, comisario general de la Exposición Universal, para resolver con él las cuestiones relativas a la *Exposición Internacional de las Sociedades de Socorro a los Militares Heridos*. Bajo la presidencia del conde Sérurier, formaron entre todos la "Comisión General de Delegados" cuyo vicepresidente era Dunant.

Fue a esa Comisión, ya muy ocupada, a la que el Comité Central francés confió la organización de la Conferencia<sup>453</sup>.

La exposición de las Sociedades de Socorro fue un gran éxito. En los informes a sus gobiernos, los expertos

---

<sup>452</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>453</sup> Pierre Boissier, obra citada. En un estudio sobre las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja, publicado en 1901, Moynier criticó agriamente esa decisión: "*La Comisión General de Delegados no era un cuerpo compuesto sólo por miembros de la Sociedad Francesa de Socorro a los Heridos, sino una formación inestable y temporal, integrada, aparte de algunos franceses residentes del lugar, por un número variable de representantes de los Comités extranjeros, encargados por éstos de ocuparse de la Exposición colectiva de la Cruz Roja*".

pusieron de relieve el interés de esa confrontación de los aparatos sanitarios usados por los ejércitos y por las Sociedades de Socorro. Los visitantes de la Exposición Universal pudieron contemplar detenidamente los modelos reducidos de vagones-ambulancia y de enfermerías de campaña. Junto a todo tipo de instrumentos, de camillas y botiquines, vieron los primeros saquitos de cura individuales que llevaban los soldados austriacos.

Todos los soberanos de Europa, e incluso el Sultán, que salió por primera vez de sus Estados, se dieron cita en París. Sobre este fondo de ilusiones y despreocupación iba a celebrarse la primera Conferencia Internacional de Sociedades de Socorro a los Heridos. Tras haber llevado a cabo la Exposición, la Comisión de Delegados tuvo tiempo para preparar los trabajos de la Conferencia, tarea que se repartieron tres subcomisiones<sup>454</sup>.

Una de ellas presentaría algunas propuestas a la Conferencia destinadas a revisar el Convenio de Ginebra. Numerosos Estados acababan de ratificar el Convenio y parecía arriesgado cuestionar de nuevo tan prematuramente el acuerdo.

La subcomisión se ocupó luego del artículo sexto: "Los militares heridos o enfermos serán recogidos y cuidados, sea cual fuere la nación a que pertenezcan". En el tercer apartado de este mismo artículo sexto, se estipulaba que "Serán enviados a su país los militares enemigos heridos que, después de curados, fueren reconocidos inútiles para el servicio". Se trataba de algo que parecía claramente insuficiente. La subcomisión deseaba que incluso los heridos susceptibles de restablecerse se beneficiaran de la neutralidad.

---

<sup>454</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.



Moynier logró que se admitiera una nueva disposición: "Las altas Potencias contratantes se comprometen a introducir en sus reglamentos militares las modificaciones que resulten indispensables tras su adhesión al presente Convenio".

Entre los temas de trabajo previstos para la Conferencia no figuraba alguno relativo a los conflictos armados en el mar<sup>455</sup>. No obstante, esta cuestión empezó a suscitar interés, y ejemplo de ello fue el relato en las memorias de Dunant, que señalaba cómo al asistir a la audiencia real de S.M. la Emperatriz Eugenia en el palacio de las Tullerías el 7 de julio de 1867, le expresó su deseo de que los marinos heridos también se beneficiaran de la neutralidad proclamada por el Convenio de Ginebra.

Parece ser que el almirante Tegetthoff le relató a la Emperatriz la batalla naval de Lissa que libraron en el Adriático Austria e Italia. El almirante le había descrito cómo se había hundido un barco italiano, llamado *Re d'Italia*, con unos mil hombres a bordo, sin que se hubiera podido efectuar ninguna operación de salvamento, añadiendo que ni amigos ni enemigos tuvieron alguna posibilidad de salvar a uno solo de ellos. A la vista de lo expuesto, la Emperatriz dijo: "¡Si hubiera habido allí un barco de salvamento, amparado por su estandarte internacional, seguro los habría podido salvar!"<sup>456</sup>.

Ese mismo día Dunant se entrevistó con el conde Sérurier para comunicarle los deseos de la soberana. Pero la Comisión encargada de revisar el Convenio de Ginebra ya no

---

<sup>455</sup> Información obtenida en el Archivo de Documentación del CICR. Ginebra 2001-2004. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de París, de 1967.

<sup>456</sup> Pierre Boissier, obra ya citada, 1997.

tendría tiempo para redactar los artículos relativos a la guerra en el mar. Sólo pudo someter a la Conferencia la demanda imperial. Al menos lo haría con pleno conocimiento de causa, puesto que la Emperatriz decidió convocar nuevamente a Dunant, acompañado esta vez por todos los miembros de la Comisión<sup>457</sup>.

Un mes más tarde, el Gobierno italiano, a instancias del doctor Palasciano, hizo una solicitud similar. En su carta, del 15 de agosto, enviada al Comité Internacional, se exponía: "El punto principal que el Gobierno del rey (Víctor Manuel II<sup>458</sup>) quisiera someter a examen es la aplicación del Convenio de Ginebra a las batallas navales". Se indicaba que se necesitaría una declaración adicional al artículo quinto, autorizando a los barcos que enarbolan la bandera neutral a recoger a los náufragos y socorrer a los heridos, sin ser atacados por los beligerantes, y que las disposiciones del artículo séptimo se extendieran, además, expresamente, a los barcos destinados por los combatientes al uso exclusivo de los heridos. Esos navíos, al revestir el carácter de ambulancias, deberían disfrutar de los mismos privilegios otorgados a éstas. Y se expresaba el deseo de que se celebrara una nueva Conferencia Diplomática<sup>459</sup>.

La Conferencia Internacional de las Sociedades de Socorro a los Militares Heridos comenzó el lunes 26 de agosto, a las 9 de la mañana. Había pocos concurrentes.

---

<sup>457</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>458</sup> Se instauró en el trono con la unificación del Estado italiano en 1861.

<sup>459</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997. Moynier, que desde 1864 pensaba que las disposiciones del Convenio de Ginebra debían extenderse a la guerra en el mar, no deseaba otra cosa que abogar por esa causa. La propuesta del Gobierno italiano figuraba en lugar preferente en la documentación que llevó a París.

Eran bastante las cuestiones incluidas en el orden del día. Moynier, como presidente de la sesión, recordó en primer lugar, que la Conferencia, por no ser un congreso diplomático, no estaba legitimada para revisar el Convenio de Ginebra. Pero los delegados no pensaban lo mismo; tenían muchas ideas y opiniones contradictorias, que defendían con pasión.

Los trabajos de la Conferencia de Berlín y los de la Comisión de Delegados de París fueron sometidos a un minucioso examen, cuyo resultado fue un tercer texto, que también se sometió a la Conferencia Internacional de París.

Esos diversos proyectos y contraproyectos no simplificaron el debate. La Conferencia Internacional redactó, artículo por artículo, un cuarto texto. En conjunto, se adoptaban en éste las principales tesis de la Comisión de Delegados, pero enriquecidas con nuevos aportes<sup>460</sup>.

Uno de los temas a tratar era el de la guerra en el mar. Curiosamente, la Conferencia no demostró un gran entusiasmo, a pesar del empeño de la Emperatriz Eugenia y del Gobierno italiano. Los participantes se habrían probablemente limitado a modificar el título del Convenio, cuya finalidad habría sido "el mejoramiento de la suerte de los militares heridos en los ejércitos de tierra y mar". Pero no contaron con la meritoria obstinación del único marino presente, el contra-almirante van Karnebeek, ayuda de campo del rey de Holanda y delegado del Comité Central neerlandés, que logró imponer el proyecto de las disposiciones relativas a la guerra en el mar<sup>461</sup>.

---

<sup>460</sup> Información obtenida en los Archivos Documentación CICR, Ginebra 2001-2004.

<sup>461</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

Se establece, entre otros temas, que las ambulancias marítimas con destino al socorro de heridos en el mar, serán reconocidas como neutrales, y como tales, protegidas y respetadas con arreglo a las leyes de la beligerancia. El personal de las ambulancias marítimas participará de los beneficios de la neutralidad entre los que se incluirán los de sanidad, tripulación, administración y asistencia religiosa.

Se debe también resaltar que en esta Conferencia se abordó un tema relacionado especialmente con la guerra marítima y el transporte de sus heridos en los buques de guerra, referente a las cuestiones técnicas para una mejor adecuación de los transportes de heridos, a bordo de los buques de guerra. Se destaca que existía un interés y concienciación para mejorar las vías de acceso por el interior de estas embarcaciones, con motivo de conseguir una rápida y segura evacuación de los heridos hacia zonas donde pudieran ser mejor atendidos. Por ello, a continuación se van a detallar todas aquellas cuestiones de interés que sobre este tema fueron abordadas al efecto en dicha Conferencia.

Una de las cuestiones planteadas correspondía a uno de los problemas en los buques de guerra: no había una vía para el paso adecuado de los heridos y de quienes los transportan, para llegar a las enfermerías.

Por otra parte, también se indicaba que debía realizarse el transporte por lugares poco accesibles, donde su tránsito se convertía en una gran complicación, paso por encima del puente y en las baterías superiores de los grandes

castillos<sup>462</sup>, a través de numerosos hombres que maniobraban los grandes aparejos de la arboladura, debiendo deslizarse los porteadores encargados del transporte de los heridos. Por ello se promovía que se permitiese el paso de frente de dos bastidores (de la talla de los bastidores reglamentarios de enfermo) en los grandes castillos, donde estos estaban suspendidos en el gancho de un aparejo que tiene un punto fijo sobre el puente y que permitía descender el bastidor hasta la plataforma de la cala con una maniobra análoga a la que se utilizaba para un cubo de agua en un pozo<sup>463</sup>.

El bastidor reglamentario y las diversas sillas y sillones cuyo diseño y dimensiones exactas habían sido suministrados, eran hasta ese momento los únicos elementos propuestos y utilizados en la marina. Por otra parte, no había ningún modelo reglamentario de camilla para el transporte en las baterías, y los heridos siempre habían sido llevados a mano descubierta.

Una primera propuesta se basaba en el transporte por suspensión y descenso vertical a través de una escotilla abierta en toda la altura de la embarcación. En cuanto a este sistema se presentaban varias objeciones:

El cuadro reglamentario adoptado más generalmente para el

---

<sup>462</sup> Julián Amich. Diccionario Marítimo. Barcelona. 3ª edición, 1983: Antiguamente, era la parte de la cubierta comprendida entre el trinquete (palo de arboladura, que en las embarcaciones que tienen más de uno es el que está más de cerca de la proa) y la proa del buque. Actualmente, los buques de cubierta carecen de castillo, y los que lo tienen es desde la proa hasta lo que se llama caja de proa, en donde está la escotilla (abertura de forma rectangular hecha en la cubierta principal) de más a proa.

<sup>463</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1867.

transporte de heridos durante el combate, tenía el inmenso inconveniente de ser molesto y sobre todo inestable. Demasiado largo para impedir que el herido se desplazase lateralmente. El sillón era más ligero, más cómodo, sobre todo aplicable a los castillos con escotillas estrechas, y permitía dar una mejor posición al herido, la de la resolución general del cuerpo entero; aunque se manifestaba que este era un aparato especial, todavía no reglamentario, y sujeto a oscilaciones extendidas y a choques dolorosos durante el trayecto a través de la excavación de la escotilla. Por último cabe señalar que se entendía que aunque este medio de transporte no era el más adecuado para la evacuación, el tipo denominado de "suspensión" era el que se estaba hasta la fecha utilizando<sup>464</sup>.

Esta Conferencia, se puede decir fue prolífica en iniciativas, y ejemplo de ello fue especialmente el de la guerra naval, así como el mantenimiento del orden en el campo de batalla, placa de identidad e intercambio de listas. Con mucho realismo, abrió nuevos cauces al derecho y propuso remedios a algunos males de la guerra.

Había llegado el momento de pensar en las Sociedades de Socorro. También en este punto abundaban los problemas. Eran incluso tantos que se decidió celebrar el año siguiente una segunda "Conferencia de las Sociedades de Socorro a los ejércitos de tierra y mar" en Berlín.

No obstante, la Conferencia terminó sin aportar ninguna conclusión definitiva, aunque sí se desprendieron dos ideas: había que perfeccionar la organización, demasiado rudimentaria, de la Obra de Socorro a los Heridos e

---

<sup>464</sup> Información obtenida en el Archivo de Documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. CICR, Ginebra, 2001-2004.

incorporar nuevas disposiciones al derecho de la guerra.

En esta Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 31 de agosto de 1867, en París, se acuerda celebrar una nueva Conferencia Internacional en Berlín en 1868.

La nueva Conferencia no se realiza en la fecha acordada, pues se retrasa hasta 1869, el motivo se debió a que la Conferencia de París había deseado una revisión de esta convención y su ampliación expresa a la guerra marítima, y en segundo lugar, que la reunión de los plenipotenciarios nombrados por los gobiernos para examinar estas cuestiones, sufrió algún retraso.

A la vista de lo expuesto, quedaba expresamente manifiesto que la tragedia del barco italiano *Re d'Italia*, donde mil hombres a bordo murieron al hundirse la nave, al no tener la asistencia sanitaria en el mar que les pudiera rescatar, atender y defender sus vidas, motivó que los mecanismos de derecho continuasen su engranaje legal para favorecer la existencia de unas normas que clamaban su necesidad. Aunque ello no era tan fácil, a pesar de encontrar los apoyos de la Emperatriz Eugenia, el gobierno italiano, la postura obstinada del almirante Farnebeek, los esfuerzos del propio Dunant y el amparo de Moynier, pues debía de existir un acuerdo suficiente de los delegados cuyas opiniones e ideas no eran las mismas, por ello el hecho de modificar el Convenio de Ginebra de 1864, no resultaba muy bien aceptado.

Por otra parte, era necesario que para llevar a efecto la propuesta de normativa, debía acordarse mediante una Conferencia Diplomática.

No obstante, y a pesar de todas las circunstancias que podían obstruir el gran paso, éste se encontraba más cerca para conseguir que se alumbrase la ansiada regulación. En 1868 tendría lugar una Conferencia Diplomática donde se debatiría, entre otros temas, la adopción de los principios del Convenio de Ginebra de 1864 a la guerra naval, con la finalidad humanitaria de proteger a las víctimas de los conflictos armados en el mar, protegiéndose aquellos transportes sanitarios que fuesen a rescatar y socorrer a los náufragos y heridos en este medio.

#### **1.1.8.) Conferencia Diplomática de octubre de 1868.**

La Exposición Universal celebrada en París en 1867, a la que acudieron los Comités Nacionales de Socorro, se aprovechó para reunirse en Conferencia y estudiar el proyecto de revisión del Convenio de Ginebra de 1864. El 29 de Agosto de 1867 tuvo lugar la firma de la propuesta de modificación, estableciéndose entre otros temas, que las ambulancias marítimas con destino al socorro de heridos en el mar, fuesen reconocidas como neutrales, y como tales, protegidas y respetadas con arreglo a las leyes de la beligerancia, y por otra parte el personal de las ambulancias marítimas participaría de los beneficios de la neutralidad, entre los que se incluirían los de sanidad, tripulación, administración y asistencia religiosa.

Al fin se acuerda convocar una segunda Conferencia Diplomática para octubre de 1868, para tratar sobre los artículos que se habían incluido en el Convenio de 1864, y



disipar algunos de sus contenidos, así como, entre otros temas, para adaptar sus principios a las fuerzas navales, cuyos heridos y naufragos estaban igualmente necesitados de neutralidad y protección.

El derecho de la guerra existía; no sólo ya en las obras de los jurisconsultos, sino en el texto de un tratado. Formaba parte del derecho internacional positivo. La propia guerra había demostrado la indiscutible utilidad del Convenio de Ginebra. No obstante se observaba que había una gran diferencia entre una reunión de filántropos y un congreso diplomático. El Comité Internacional, como hiciera en 1864, solicitó al Consejo Federal suizo que convocara una nueva Conferencia de Ginebra. Se planteaba si era necesario hacer un nuevo texto como se había acordado en París, o bien hacer algunas modificaciones<sup>465</sup>.

El Gobierno del Emperador de Francia mantenía la opinión ya expresada en 1864 y rechazaba formalmente toda estipulación que tuviera por efecto erigir en principio internacional normas contrarias a la organización de los ejércitos franceses, puesto que, a diferencia de lo que ocurría en Prusia, las autoridades francesas rechazaban la intervención de los socorristas voluntarios.

El Gobierno francés exigía, además, que no se mencionaran en las actas de las sesiones, propuestas ajenas a aquellas cuya deliberación se hubiera aprobado y que pudieran surgir fuera del programa de los trabajos de la Conferencia, tal y como se estaba trazando.

---

<sup>465</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997. Escribió Moynier: "... el peligro es que tendríamos que revocar el Convenio de 1864 para reemplazarlo por una nueva redacción, que muy probablemente no convendría a todos los que aceptaron el antiguo texto. Por lo tanto, nos expondríamos a que una u otra potencia, liberada de sus anteriores compromisos, se retirara, rehusando contraer otros nuevos".

Tal actitud sólo podía aumentar las inquietudes del Comité Internacional y confirmarlo en su deseo de que no se cuestionara el Convenio de 1864. De ahí la idea, a la que se adhirió el Consejo Federal, de no volver a proponer a los Estados la revisión del Convenio de Ginebra, sino únicamente la incorporación de algunos artículos adicionales. El Convenio quedaría, así, como una especie de mínimo, por debajo del cual sería imposible descender. Se podían agregar disposiciones, pero no quitar. Para no preocupar a nadie, quedaba, además, claro que esos artículos adicionales entrarían únicamente en vigor cuando hubieran sido ratificados por todos los Estados signatarios del Convenio de 1864.

El 5 de octubre de 1868, a la una de la tarde, comenzó la Conferencia Diplomática en la misma sala del Ayuntamiento de Ginebra en que ya se había firmado el Convenio de 1864. Once de los veinte plenipotenciarios ocuparon de nuevo sus puestos. Ocupaba la presidencia el general Dufour, que dio lectura al mensaje dirigido por el Comité Internacional a los miembros de la Conferencia. La asamblea lo aprobó y decidió proceder a la redacción de los artículos adicionales. De las propuestas que le fueron sometidas, se volvió a mantener que los voluntarios sólo se beneficiarían de la neutralidad en la medida en que los beligerantes aceptarían considerarlos como parte integrante de los Servicios Sanitarios de los ejércitos<sup>466</sup>.

El personal sanitario militar, por su parte, conservó su estatuto privilegiado de inviolabilidad, ya que el Convenio de Ginebra no estaba en discusión. Recordemos que el texto de 1864 daba a ese personal la libertad de continuar

---

<sup>466</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

desempeñando sus tareas, tras la ocupación enemiga, en las ambulancias en las que servía o de regresar al ejército al que pertenecía. Esa última facilidad resultaba exagerada. Cirujanos y enfermeros no debían quedar prisioneros; eso nadie lo negaba, pero que se fueran cuando les apeteciera parecía excesivo. En adelante, sería el jefe de las tropas ocupantes quien determinase el momento de su partida, aunque no podría retardarla más que por corto plazo, en caso de necesidad militar.

También es importante resaltar que la Conferencia de 1868 decidió que los heridos caídos en poder del enemigo, incluso si no eran reconocidos inútiles para el servicio, serían enviados a su país después de curados, o antes si era posible, a condición, no obstante, de que no volvieran a tomar las armas mientras durase la guerra. Sólo podrían ser mantenidos como prisioneros, incluso después de la curación, los oficiales cuya posesión pudiera ser decisiva para el desenlace de la guerra<sup>467</sup>.

Pero uno de los trabajos que se entendían esenciales de la Conferencia, como así supuso en el futuro, correspondió al de extender a las fuerzas navales los principios del Convenio relativos a los ejércitos de tierra. Es un momento de vital importancia, estábamos en el inicio de una "travesía" legal para conseguir la equiparación de las normas existentes de Derecho Internacional Humanitario en los conflictos armados en el campo de batalla terrestre, al medio naval y, por ende, a la regulación en dicho teatro de la guerra en el mar, del transporte sanitario marítimo.

Como la mayoría de los delegados reunidos el año anterior en París, se creía que bastarían algunos ajustes, pues

---

<sup>467</sup> Archivo de Documentación en el Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra 2001-2004.

parecía estarse acostumbrado a que, cuando el Convenio trataba de ambulancias, sólo había que complementar con las palabras "y barcos hospitales", y con ello se creía que el asunto estaba acabado, a fin de darlo ya por culminado.

Afortunadamente, en la Conferencia participaban algunos expertos que veían el asunto de manera distinta. Se formó una Comisión, que agrupaba a todos los marinos presentes: el vicealmirante van Karnebeek, por los Países Bajos, el contralmirante Coupvent des Bois, por Francia, el contralmirante Yelverton, por Gran Bretaña, el capitán Koehler, por Alemania del Norte y el capitán de fragata Cottrau, por Italia<sup>468</sup>.

Al principio dicha Comisión descartó la idea de dar sólo retoques al Convenio de 1864. El conflicto armado naval era, en todos los aspectos, demasiado diferente de la guerra terrestre para que fuera posible solamente limitarse a "extender" el Convenio. El presidente de la Comisión, el vicealmirante van Karnebeek, redactó nueve artículos relativos a la Marina, que ocuparían un lugar aparte en la serie de artículos adicionales. Con esto preconizaba que en el futuro el legislador se vería obligado a disociar claramente las dos materias.

El 10 de octubre, durante la quinta reunión plenaria, la Comisión de los Marinos presentó a la asamblea, a través de su relator, el contralmirante Coupvent des Bois, el resultado de sus trabajos. Previamente a dar a conocer el contenido de las nuevas disposiciones, se hizo alusión al deseo expresado por la Emperatriz Eugenia y al interés demostrado por la reina Augusta, sobre "la neutralidad que las soberanas de grandes países han manifestado, en varias

---

<sup>468</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

ocasiones" y especialmente al deseo de ver incorporada al derecho de gentes el de las embarcaciones dedicadas a salvar a los náufragos, incluso en pleno combate, añadiendo que, aunque muchas personas de buena voluntad, consultadas al respecto, hubieran pensado que era imposible entrar en esta vía sin coartar la libertad del combate, dicha Comisión había tratado de conseguirlo<sup>469</sup>.

En esta nueva disposición se recoge fundamentalmente la neutralidad de las ambulancias marítimas y los buques hospitales, diferenciándose tres tipos de estos barcos para el transporte de heridos, enfermos y náufragos.

El artículo sexto, y primero relativo a la marina, rige lo siguiente: *"Las embarcaciones que, por su cuenta y riesgo, recojan durante y después del combate, náufragos o heridos y los lleven a bordo de un barco neutral o de un barco hospital, disfrutarán, hasta el cumplimiento de su misión, de la neutralidad que las circunstancias del combate y la situación de las embarcaciones en conflicto permitan aplicarles"*.

*"La apreciación de esas circunstancias se confía al espíritu humanitario de todos los combatientes"*.

Por otra parte, las embarcaciones neutrales o barcos hospitales que podían transportar a los heridos, enfermos y náufragos eran de tres tipos. En primer lugar, estaban los "barcos hospitales militares" de uno u otro de los beligerantes (art. 11). De ellos, se decía: "Quedan sometidos a las leyes de la guerra" y "se convierten en propiedad del que los capture", pero no podían utilizarse para otros fines. Además de la bandera nacional, debían

---

<sup>469</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

izar la bandera blanca con una cruz roja; la pintura exterior debía ser blanca con una franja verde a lo largo del casco.

Estaban luego los barcos de comercio (art.10), cualquiera que fuese la nación a la que pertenecían, que se hallaran en el lugar y se encargaran de los heridos, enfermos y náufragos. Esas embarcaciones estarían protegidas por la neutralidad y debían ondear la bandera nacional y la bandera con una cruz roja.

La tercera categoría comprendía los barcos hospitales, equipados a expensas de las Sociedades de Socorro reconocidas por los Gobiernos signatarios (art. 13), que serían considerados neutrales, así como todo su personal. Serían respetados y protegidos por los beligerantes. Se darían a conocer izando, junto con su bandera nacional, la bandera blanca con una cruz roja, y la pintura exterior sería blanca con una franja roja a lo largo del casco.

Este artículo introducía un nuevo elemento en el Convenio, por contener el reconocimiento oficial de la existencia y la intervención de las Sociedades de Socorro. No se había admitido nada parecido para la guerra terrestre y era bastante sorprendente que se aceptara la ayuda de las Sociedades en el mar, donde todavía no se conocía como iba a funcionar, y donde su actividad encerraba mayores dificultades, mientras que en tierra, donde ya habían prestado inmensos servicios, se desconfiaba de ellas<sup>470</sup>.

Esta cuestión no pasó desapercibida a la Comisión de los Marinos, y por ello el contralmirante Coupvent des Bois<sup>471</sup>

---

<sup>470</sup> Archivos de documentación del CICR, Ginebra 2001-2004.

<sup>471</sup> Pierre Boissier, obra citada, 1997.

se manifestó incidiendo que *"La noble ayuda ofrecida por las Sociedades de Socorro debe ser aceptada con entusiasmo y agradecimiento, refrendando su existencia en un documento público de la importancia de este Convenio Internacional que nos ocupa"*.

La Comisión de los Marineros no dejó de tomar, sin embargo, todas las precauciones necesarias, por lo que estableció lo siguiente: que las embarcaciones equipadas por las Sociedades de Socorro no deberían estorbar en modo alguno los movimientos de los combatientes. Durante y después de la guerra actuarían por su cuenta y riesgo. Era derecho de los beligerantes asegurarse de si se trataba de un buque con misión humanitaria o no, pudiendo emplear el derecho de registro y visita, lo cual conllevaba el principio de respetar al barco hospital y el derecho de control del Estado enemigo, y podrían rechazar su cooperación, ordenarles que se alejasen y retenerlos si la gravedad de las circunstancias lo requiriese.

Es de interés resaltar la redacción del artículo 14, ya que en el mismo se incluye un contenido de salvoconducto de actuación bélica al beligerante que sospeche que un buque, a pesar de la identificación neutral, su objeto es otro, como que se portasen armas o tropas en lugar de transporte de heridos, enfermos y náufragos, dando la posibilidad de suspender la aplicación del derecho de protección de los buques hospitales del citado Convenio:

*"Art. 14.- En las guerras marítimas, toda fuerte presunción de que uno de los beligerantes se aprovecha del beneficio de la neutralidad con otro interés que el de los heridos y los enfermos, permite al otro beligerante suspender, por lo que a él respecta, el Convenio hasta que se pruebe lo*

*contrario".*

Sería suficiente, por lo tanto, alegar una simple presunción para recuperar la libertad de acción. Pero, se debe preguntar a la vista de lo expuesto, si tenía valor de ley una norma que desligaba ella misma a quienes debiera obligar.

En las actas, muy sucintas, de la Comisión de los Marinos, no se mencionaban los motivos por los que se llegó al resultado normativo citado. Se puede tener en cuenta, aunque no justificar, que en ese tiempo el comandante de una flota tenía a veces la sensación de que el destino incluso de su país estaba en sus manos. Su situación podía incluso llegar al extremo de que le fuese imposible obedecer a cualquier tipo de texto. Entonces pudiera ser que estuviese en el pensamiento de los autores del texto, la duda de por qué había que exponer al comandante, y a su país, a ser tachado de infractor del derecho internacional, y si no sería mejor establecer una especie de código de conducta y presumir que un marino jamás se alejaría de él de buen grado.

De todas maneras, los artículos adicionales fueron aprobados casi sin discusión por la Conferencia, que abrió así un nuevo ámbito al derecho de la guerra.

Estos artículos adicionales, aunque no llegaron a entrar en vigor, ya que no fueron ratificados por ninguno de los signatarios, fueron aplicados en algunos casos. Existían todavía muchas reticencias como en el caso del servicio sanitario que deberían prestar los navíos hospitales pertenecientes a las sociedades de socorro, y otras cuestiones que serían objeto de diferentes y tensos debates



y estudios durante los siguientes años, que tendrían lugar en las distintas Conferencias Internacionales.

Esta Convención, a pesar de no obtener la citada validez, marcaría en la historia del Derecho Internacional Humanitario, la salida para que se procurase en el futuro aplicar también a la guerra marítima, especialmente en el orden del transporte sanitario, sus principios inspiradores que ya promoviese Henry Dunant en el campo de la guerra terrestre, procurándose protección de los heridos, enfermos y náufragos en el ámbito de la guerra en el mar.

Hasta 1899, fecha de la Primera Conferencia de la Paz de La Haya, donde tendría lugar la aprobación de la III Convención de La Haya sobre la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864, no existiría una norma que tuviese validez. Por fin llegaría esa regulación, pero hasta ese momento, todavía quedaría un gran trecho por recorrer, esperaban unos nuevos y terribles acontecimientos bélicos que volverían a motivar a las diferentes representaciones diplomáticas, técnicos y expertos para que promoviesen y acordasen unas normas en las que por encima de cualquier interés sobresaliese el del principio de humanidad.

#### **1.1.9) Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín de 1869.**

La Sociedad prusiana preparó la Conferencia de Berlín, que iba a reunir, por segunda vez, a los delegados de los Comités Centrales. Los 160 miembros de la Conferencia, incluidos los representantes de los 17 gobiernos, estuvieron reunidos del 22 al 27 de abril de 1869. Bajo la presidencia del barón de Sydow, se analizaron los tres

problemas principales que tenían planteados las Sociedades de Socorro: la guerra terrestre, el tiempo de paz y la guerra en el mar.

Se debe resaltar especialmente esta Conferencia Internacional, pues aunque la conferencia Diplomática de 1868 abrió las puertas a las normas en los conflictos armados en el mar, Berlín sería uno de los pilares fundamentales en los que se asentarán los precedentes que con posterioridad darían lugar a la inclusión de la ordenación del transporte marítimo sanitario en los conflictos armados en el mar. También cabe señalar su importancia por los estudios y propuestas técnicas en el orden del socorro marítimo que se presentaron, así como del examen de los mismos y los correspondientes debates<sup>472</sup>.

Como antes se ha indicado, uno de los debates en esta Conferencia Internacional de Berlín trató del socorro voluntario que se prestaba en las batallas navales, y en particular de la ejecución del artículo 13 del Acta Adicional de 20 de octubre de 1868 de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864.

En la memoria presentada al efecto se hacía hincapié en que dadas las últimas confrontaciones en el mar, las cuales habían demostrado que no se podía esperar nada de las flotas beligerantes en lo que correspondía al salvamento de los naufragos, se señalaba que los Estados de Europa habían juzgado adecuado decidir, de acuerdo al artículo 31 del acta adicional del 20 de octubre de 1868, que había que suscitar la ayuda privada en el caso de guerra naval,

---

<sup>472</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

declarando neutrales todos los barcos destinados al salvamento de náufragos, cubriendo así una laguna que se había hecho sentir desde hacía tiempo en el curso de las guerras marítimas.

Este texto inicial daba lugar a que se preguntase ¿cuál sería en caso de guerra marítima la tarea que correspondía a la asistencia privada, así como de las Sociedades que la otorgaban?

Para su respuesta se tuvieron en cuenta varias cuestiones: las batallas navales habían tenido lugar en la desembocadura de los ríos, en los puertos, pero sobre todo en alta mar a poca distancia a dichos puertos, y que de la diversidad del teatro de operaciones resultaban varias obligaciones para la asistencia privada<sup>473</sup>.

Estas circunstancias aseveraban que las Sociedades de Salvamento de náufragos existentes en Europa tenían un cometido activo en los conflictos armados navales de las desembocaduras de los ríos o en los puertos, pero no tenían posibilidad de alcanzar actividades de socorro en alta mar al no disponer de los medios de transporte adecuado, al carecer de barcos de vapor rápidos que pudiesen prestar auxilio a las naves a punto de naufragar<sup>474</sup>.

Otra de las cuestiones de interés que se llegaba a afirmar era que si las sociedades encontrasen una asociación ya organizada con la que pudiesen entenderse para tener a su

---

<sup>473</sup> Archivo de documentación de CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

<sup>474</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra 2001-2004.

disposición, en el caso de una guerra naval y mediando primas elevadas, barcos de salvamento con sus tripulaciones y, además, con un número suficiente de canoas, tendrían en el caso de un combate en alta mar la posibilidad de preparar los medios de auxilio suficientes, con varias tareas<sup>475</sup>.

En cuanto a la actividad de socorro durante el combate naval, el artículo adicional 13 fechado el 20 de octubre de 1868, establecía la presunción de que los barcos de socorro estarían en actividad durante la acción misma; pero estipulaba expresamente que no se aceptaría ninguna petición por perjuicios causado por avería o pérdida. Se preguntaba, entonces, si el uso de estos barcos era indispensable durante la acción bélica<sup>476</sup>.

Por otra parte, se manifestaba que dada la velocidad de los

---

<sup>475</sup>Su primera tarea sería prestar los barcos de vapor, y decidir a quién correspondían los gastos ocasionados por los daños a los navíos o por su pérdida completa.

Las sociedades de seguros no habían querido hasta la fecha garantizar los riesgos soportados por los navíos que se encontrasen en el teatro de las operaciones. Se proponía que, a través de una prima elevada, podrían aceptarlo en la medida en que los barcos de socorro fuesen declarados neutrales. Si se negasen, las sociedades de socorro deberían garantizar estos riesgos.

En caso de que existiese una solución, las sociedades de salvamento podrían disponer a su elección de numerosos barcos de vapor, cuyo servicio se vería interrumpido en tiempo de guerra.

La segunda tarea sería la de decidir cuáles deberían ser los barcos de socorro preferibles, elección que sería diferente dependiente de que los barcos ofrecieran sus servicios durante las acciones navales, o que lo hicieran después del combate.

<sup>476</sup>Archivo de documentación de CICR ya citada. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869. Se debe tener en cuenta que en esa época los barcos de guerra tenían orden de destruir durante el combate el material de guerra del enemigo, cañoneando, abordando o atacando sus flancos, y que el salvamento de los náufragos exigía mucho tiempo, dadas las diferentes maniobras que deben realizarse por la embarcación hasta llegar a los náufragos.

buques en el combate, no era posible que se socorriese a los náufragos y por tanto que ni los barcos de guerra, ni las embarcaciones que navegaban con ellos podían ofrecer socorro a los náufragos.

Sólo los barcos hospitales eran los únicos que podrían, por consiguiente, contribuir al salvamento; pero si, de acuerdo a la Convención de Ginebra, se convertían en propiedad del enemigo, no era posible que pudieran ser utilizados para el salvamento de náufragos enemigos.

Otra cuestión que se exponía era que los barcos hospitales tenían que acoger a los enfermos y heridos de su propia flota, y obedecer a las señales de los navíos que formaban parte de la misma<sup>477</sup>.

Se debe tener en cuenta que más del cincuenta por ciento del personal embarcado en buques de guerra no disponían de canoas de socorro, y que durante el combate los náufragos sólo podían contar con las embarcaciones de socorro privadas y no de buques enemigos, por ello era de esperar que se solicitase que dichas embarcaciones de socorro debían estar en actividad durante el combate.

La experiencia de los últimos combates navales había demostrado que las citadas embarcaciones sanitarias debían actuar con toda rapidez.

---

<sup>477</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra 2001-2004: Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín de 1869. Aquí cabe señalar que en los combates duros y sangrientos, incluso en caso de victoria, los heridos eran muy numerosos, y los náufragos no podían esperar ningún auxilio de su parte.

Dado lo acontecido en los tensos debates de la Conferencia, se llegó a la presentación de estas propuestas:

1. Los barcos de socorro debían seguir a las flotas de guerra en sus movimientos, pidiéndose la correspondiente autorización a los Jefes de la flota.
2. Estos barcos debían acudir sin tardanza, a riesgo de averías, al auxilio de un navío cuya señal anunciase que estaba a punto de naufragar o ser presa de las llamas, fuera cual fuese su nacionalidad.
3. Los Estados de Europa adoptarían una señal que fuese común para todos y que serviría para el caso de incendio o de naufragio, como por ejemplo un pabellón amarillo<sup>478</sup>.

Es de interés plantearse, en relación con la cuestión sobre la realización de la actividad de socorro después del combate, que la actividad de los buques de salvamento era diferente. La labor principal consistía en evacuar a los enfermos y heridos a los barcos hospital y de guerra, para evitar la aglomeración inevitable que sigue a los enfrentamientos encarnizados. Y esta tarea era muy importante, pues una evacuación ordenada y efectiva evitaría la acumulación de un gran número de heridos y enfermos en camarotes estrechos, y por ende epidemias, gangrena, tifus, etc.

---

<sup>478</sup> Archivo de documentación del CICR, Ginebra 2001-2004: Convención Internacional de la Cruz Roja de Berlín de 1869.

En relación con la propuesta de adoptar la señal antes citada, cabe señalar que en su favor se manifestaba que los barcos de socorro debían actuar tras los combates o en sus intervalos, y desde que fueran recogidos los náufragos, se debía izar una señal, que diera a atender que podían y querían acoger a bordo enfermos y heridos. No obstante, las potencias deberían ponerse de acuerdo con respecto a la citada señal, que podría consistir, como así se había propuesto, en un pabellón amarillo con cruz roja.

En cuanto a las características de los barcos de socorro durante y después del combate, era unánime la respuesta en cuanto que estos barcos debían, en la medida de lo posible, ser ligeros barcos de vapor, bastante rápidos para seguir las evoluciones de las flotas, suficientemente dóciles para moverse fácilmente en medio de los restos del naufragio y de los náufragos, y con un entre-puente especial y elevado donde se pudieran instalar convenientemente los heridos. Por otra parte, estos barcos deberían ser diseñados en tiempo de paz<sup>479</sup>.

Se habían tratado de acuerdo con la memoria presentada en esta Conferencia dos temas, el primero, quién debería prestar los barcos de vapor y quién se haría cargo de los gastos de sus daños, y segundo, cuáles serían las embarcaciones de socorro preferibles, dependiendo si intervenían durante o después del combate. Pues había otra tercera tarea que se había planteado, correspondiente a la de decidir por las sociedades de socorro una cuestión de importancia vital para la prestación del socorro en el conflicto bélico naval, el equipamiento, el aparejo y la organización de los barcos, pues este tema se solucionó simplemente señalándose que como estaban destinados a

---

<sup>479</sup> Archivo de documentación del CICR, Ginebra 2001-2004: Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín de 1869.

cubrir una laguna existente hasta esa fecha, deberían convertirse en parte integrante de la organización militar.

Otro tema incuestionable era que las sociedades de socorro deberían prepararse tanto en tiempo de paz como en el de guerra para la formación del personal y para la reunión del material necesario.

Diferenciándose estos dos momentos, el de paz y el de guerra, se tenían en cuenta tres aspectos muy especiales, el personal, el material y la organización.

En cuanto al personal, en tiempo de paz se proponía que para disponer de Jefes de los barcos de socorro sería de interés ofrecer pensiones convenientes para caso de incapacidad para trabajar y comprometerse a asumir el cuidado de la familia de los muertos. Podría elegirse a antiguos oficiales o a jefes de tripulación que procediesen de la marina de guerra. En todo caso, las sociedades de socorro deberían, para asegurar la ejecución de sus voluntades, enviar a bordo un delegado cuyo capitán debería ejecutar las órdenes que fuesen relativas al fin de la expedición.

La tripulación podría ser reclutada entre los hombres que hubiesen quedado exentos de la obligación del servicio militar, encontrándose con facilidad en caso de guerra. Quizá los mecánicos y timoneles podrían ser contratados en tiempo de paz. Lo mismo para médicos y enfermeros.

Respecto al material, se respondía que el aparejo que



necesitase la embarcación para el transporte y los cuidados de los hombres, se suponía que ya debería estar incluido. En caso contrario, debería ser completado por los armadores. También se manifestaba que como el material estaría expuesto a envejecimiento o alteración, durante la paz habría que limitarse a reunir los modelos y a tomar nota del lugar de fabricación, y que habría que conformarse con la adquisición al comienzo de una guerra, del material considerado como conveniente, de acuerdo a los modelos y prescripciones a las que se venía adaptando la marina de guerra.

Sobre la organización, se señalaba que no había necesidad de realizar ningún preparativo durante la paz<sup>480</sup>.

En cuanto al tiempo de guerra, se manifestaba que las embarcaciones de socorro deberían prestar ayuda tanto a los barcos nacionales como a los enemigos. No se fijaría su número hasta el inicio de la guerra, y tomando en consideración las fuerzas marítimas de las potencias beligerantes. Hasta ese momento el número de embarcaciones, en tiempo de paz, se fijaría proporcionalmente a las fuerzas navales de un Estado de potencia similar.

Por otra parte, en cuanto al personal se estimaba adecuado que se añadiese a la tripulación habitual el número de hombres necesarios para cuidar a los heridos, y que el material se fijase a través de presupuestos adoptados en tiempo de paz.

Sobre la organización, se trataba, entre otros, un tema de

---

<sup>480</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

gran importancia: el estudio de la ventilación. Los barcos de vapor destinados al transporte de personas tenían un número de ventanas suficiente para la renovación del aire en el entrepuente. Pero si estas ventanas fallasen, deberían ser suplidas -especialmente en los barcos destinados a seguir a las flotas en un teatro alejado de las operaciones- por conductos que saliendo de las habitaciones de la tripulación, tuvieran salida en la chimenea o en el fogón. Si la extremidad de estos conductos se encontrase recalentada, el aire viciado sería aspirado y se perdería en la atmósfera. Además, el puente debería estar organizado, como ya se manifestase en la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de París de 1867, de manera que se pudiera instalar fácilmente a los heridos y náufragos<sup>481</sup>.

Las soluciones expuestas no eran de una gran meditación, aunque se podrían denominar "prácticas", pues se tomarían las medidas especiales necesarias en el caso de que fallaran las ventanas y sobre la instalación adecuada de los heridos y náufragos bastaría con preparar colchones ordinarios, que pudieran extenderse por el puente y protegerles del sol y de la lluvia con las telas apropiadas para este uso. En el entrepuente se fijarían vigas transversales con ganchos para suspender hamacas de enfermos, separadas a una distancia conveniente<sup>482</sup>.

A continuación se procede a exponer las conclusiones a las que se había llegado tras el informe previo, algunas exposiciones y debates. Estas se pueden calificar de

---

<sup>481</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

<sup>482</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

transcendentes, operativas y novísimas, por cuanto que se iban a dar las directrices a las sociedades de socorro con las que se deberían entender para obtener barcos de salvamento, fórmulas para soportar los gastos, cómo deberían actuar estas naves sanitarias durante y después del combate, tipos de señal de socorro para recoger heridos y náufragos, tipos de embarcaciones de socorro más adecuadas, elección del personal, material necesario y forma de adquisición<sup>483</sup>.

### **Conclusiones Generales:**

1. Las sociedades de socorro se entenderán con las "sociedades para el salvamento de náufragos", para que en caso de guerra naval y mediando una prima o una remuneración más elevada que de ordinario, pongan a su disposición embarcaciones de salvamento con sus tripulaciones y alquilen un número suficiente de canoas.
2. Antes de alquilar las embarcaciones destinadas al socorro de náufragos en un combate marítimo, habrá que resolver la cuestión de saber quien va a soportar los gastos ocasionados por las averías o por la destrucción de estas embarcaciones. Con este fin, se pedirá a las *sociedades de seguros* que se encarguen de asegurarlos por medio de una prima elevada.
3. Las embarcaciones de socorro funcionarán durante y después del combate. Seguirán a las flotas beligerantes y estarán a las órdenes de los almirantes comandantes.

---

<sup>483</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

4. Deberán, durante el combate y desde que se ice la señal de socorro, disponerse al socorro de todos los navíos con independencia de su nacionalidad.
5. Se pedirá a las potencias que se han adherido a la Convención de Ginebra para que se pongan de acuerdo respecto a la elección de la señal de socorro (pabellón amarillo) indicando el naufragio o en incendio de un barco.
6. Las embarcaciones de socorro deberán, inmediatamente tras el combate, indicar a través de una señal, que quieren acoger heridos y enfermos.
7. Sería deseable que las potencias mencionadas elijan una señal especial para el caso indicado anteriormente (pabellón amarillo con cruz roja).
8. Respecto a las embarcaciones de socorro, se elegirán barcos de vapor que tengan cierta velocidad, que resisten suficientemente el mar, sean fáciles de maniobrar y dispongan de un entrepuente grande y elevado.
9. Los preparativos relativos al personal, el presupuesto y la organización de las embarcaciones de socorro, deberán hacerse en tiempo de paz y estar en relación con la organización militar de varios países.
10. Se elegirá preferiblemente para la comandancia de embarcaciones de socorro a antiguos oficiales o jefes y pilotos procedentes de la marina de guerra, a quienes las sociedades asegurarán una pensión y de cuyas familias se tendrá cuidado, en caso de necesidad. Las sociedades de socorro llevarán a bordo delegados, cuyas prescripciones atinentes al destino y al fin de la embarcación deberán ser

seguidas por el comandante.

11. No es necesario que el resto del personal de los barcos de socorro sea elegido en tiempo de paz. Basta con que se le contrate al inicio de las hostilidades.
12. El material necesario para las embarcaciones de socorro deberá ser determinado en un presupuesto especial. En tiempo de paz, se buscarán los modelos y se tomarán nota de las fábricas y de donde se producen.
13. Este material será adquirido, en la medida en que su destino lo permita, de arreglo a las normas y construido de acuerdo a los modelos de la marina de guerra.

De estas conclusiones generales, deben destacarse cinco cuestiones puntuales, como la necesidad de establecer, para el socorro en la guerra en el mar, acuerdos entre sociedades de socorro y la de salvamento de náufragos; que las embarcaciones de socorro actúen durante y después de la actividad bélica, aprobándose una señal que indique que dichos barcos están dispuestos a recoger a heridos y náufragos; que los barcos sean a vapor para mejorar la velocidad, y el gobierno de las embarcaciones esté a cargo de antiguos jefes u oficiales de la marina de guerra, teniendo embarcado a un delegado que coordine las cuestiones objeto del destino.

En relación con los socorros voluntarios en la guerra, el Dr. Steinberg, de Alemania, presentó un informe<sup>484</sup> a la

---

<sup>484</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

Conferencia, haciendo su valoración y consideraciones, a veces, coincidentes en algunos temas con las anteriores conclusiones generales, propuestas en relación con los socorros voluntarios en la guerra marítima, las cuales tendrán su interés para las conclusiones definitivas. A continuación, se presentan las cuestiones en que se apoyaba dicho informe:

Se posiciona en que las guerras marítimas habían tenido lugar en la proximidad de las costas, en los puertos o en las desembocaduras de los ríos, entendiendo que no había fundamento para pensar que seguiría siendo así en las batallas futuras.

Esta consideración tenía lógicamente una gran repercusión para los socorros voluntarios en la guerra marítima, ya que excluía todos los medios necesarios a una gran distancia de las costas, tales como los navíos hospital, etc. Los Comités de socorro, pues, tendrían como tarea principal la de acoger y cuidar de los náufragos y heridos. Los dejarían en tierra y no utilizarían los barcos de socorro y las chalupas de salvamento más que como medios de transporte provisionales.

Como cuestión destacada del servicio de dichas embarcaciones era, por una parte la facilidad del desembarco de los náufragos<sup>485</sup>, y por otra parte, que

---

<sup>485</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869: el Dr. Steinberg ponía como ejemplo la cuestión del Alabama, donde se probaba la necesidad de embarcaciones de socorro. También reseñaba que en la batalla de Lissa, el almirante Tegetthoff tuvo una necesidad urgente de asistencia privada, pidiendo a su gobierno que extendiese a la guerra marítima los beneficios de los socorros voluntarios.

durante las batallas que habían tenido lugar en los puertos, las chalupas eran el único medio de transporte eficaz<sup>486</sup>.

En cuanto a las batallas que tuvieran lugar fuera de los puertos, o en alta mar, es decir, lejos de la costa, para acoger a los náufragos, el informe detallaba que Alemania no poseía un número importante de particulares que poseyeran estas embarcaciones, al contrario de Inglaterra, para ponerlas a disposición de los Comités en tiempo de guerra, por lo que estaba obligada a alquilar vapores que consiguiesen llevar a cabo el fin propuesto, con el consiguiente coste económico y técnico que ello podía producir.

Respecto a la dificultad financiera, ésta provenía de que el armador que alquilaba una nave quería recuperarla en el mismo estado, después de que quien la alquilaba la hubiera utilizado, reclamándose una compensación si el navío no volvía o lo hacía averiado, proponiéndose que sería conveniente a este propósito inducir a que las compañías de seguros marítimos asegurasen los navíos neutrales en tiempo de guerra, aunque esto conllevarse como contrapartida la de una prima más elevada.

En cuanto a la otra dificultad, la técnica, existía la duda

---

<sup>486</sup> Archivo de documentación del CICR ya citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869: Un dato de interés que exponía el Dr. Steinberg sobre la sociedad alemana de salvamento, era que ésta poseía un total de 57 estaciones con sus respectivos barcos. Su ayuda no podía ser desperdiciada. Las sociedades de salvamento tenían una importancia más grande todavía para la asistencia voluntaria porque eran capaces en tiempo de guerra de suministrar el suplemento de chalupas necesarias y de utilizar sus tripulaciones.

de cómo podían llevar el socorro estos navíos en la lucha, preguntándose si debían esperar en la cercanía del teatro bélico de operaciones a que uno de los navíos participantes se hundiera.

Para dar una solución a esta cuestión, de indudable importancia, se proponía para ello, como en las conclusiones generales, una "señal" para los barcos de socorro. Con ella no tendrían ningún motivo los navíos de socorro, para tener que permanecer en lugar de la batalla, expuestos a los proyectiles, y no aparecerían hasta el momento en que la señal reclamara su intervención, aunque ello planteara que estarían, en general, bajo la égida del vencedor.

La introducción de una señal llevaría en su favor la disminución de los riesgos de averías para los barcos de socorro, y facilitaría la solución de la cuestión financiera<sup>487</sup>.

También sobre la señal, se proponía si se podría convenir la misma entre las sociedades de socorro con el Almirante Comandante del buque, incluso sin que los Gobiernos tuvieran que intervenir.

En base al artículo 13 del Acta Adicional de 20 de octubre de 1868, de la convención de Ginebra de 1864, que asignaba a las embarcaciones de socorro un papel elevado, al ordenar que actuasen donde se reclamase sus servicios, sin tomar en

---

<sup>487</sup> Archivo de documentación del CICR citado. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869: esta cuestión sería objeto de un mayor estudio, recayendo en el propio Dr. Steinberg llevar a cabo este trabajo.



cuenta la nacionalidad, se planteaba adoptar, por lo tanto, una "señal" común a todas las embarcaciones pertenecientes a los Estados signatarios de la Convención. Esta propuesta se apoyaba en que era la única manera de cumplir con lo exigido en la Convención, que requería que, en el caso de que un barco enemigo acabase de naufragar, los barcos de socorro de su adversario vendrían a la ayuda de los náufragos<sup>488</sup>.

El criterio favorable a la citada "señal" se basaba precisamente en los motivos que derivaban de la misma naturaleza de la guerra marítima. Por otra parte, existía también a favor que los artículos adicionales relativos a la guerra marítima, que habían sido una semejanza a los relativos a la guerra terrestre, servirían de analogía en la medida en que pudieran admitirse.

No obstante, había que matizar las diferencias entre las guerras en tierra y en el mar para afrontar dichos criterios, y para ello había que tener en cuenta el lugar de la acción, extensión y movilidad, la naturaleza de las fuerzas, las consecuencias de la derrota y el pabellón nacional y de peligro.

Tras el examen en la Conferencia, sobre los temas citados se extrajeron las conclusiones siguientes:

- A) Sobre el lugar de la acción bélica, cabe señalar que en la guerra continental los soldados puestos fuera de

---

<sup>488</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, Ginebra, 2001-2004: Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín de 1869.

combate podían recibir socorro tras la acción; en el mar, por el contrario, podía ocurrir que el socorro fuera más útil durante el combate; en el momento en el que el barco se fuera a pique y que su tripulación se convirtiera en naufragada. En un caso tal, había peligro en la demora y el socorro no podía ser eficaz más que si se introducía para las embarcaciones de socorro fuera de la línea de batalla una señal que reclamara su concurso.

Sobre la citada señal de auxilio, se preguntaba en qué consistirá la misma, apuntándose que en tiempo de paz un cañonazo serviría para este fin, pero durante la acción este medio resultaba imposible. También se señalaba que de día una bengala era difícil de percibir.

En cuanto al pabellón, se proponía que fuese amarillo, puesto que este color no se utilizaba más que para las señales de cuarentena y no tenía ningún uso en la guerra marítima. Además, se observa muy bien y era fácil de reconocer, incluso en un día algo oscuro<sup>489</sup>.

Por otra parte, se debía tener en cuenta lo estipulado en el artículo 13 adicional a la Convención de Ginebra<sup>490</sup>.

En cuanto al pabellón de emergencia, se exponía que no podía ser una señal de neutralidad, pues si se considerase como tal, intervendría en la lucha neutralizando al navío que lo enarbolase. El pabellón de emergencia no debía ser nada más que una

---

<sup>489</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869. Ginebra, 2001-2004.

<sup>490</sup> El artículo 13 adicional a la Convención de Ginebra señala:

- a) que las embarcaciones de socorro no estorbasen de ninguna manera a los navíos de guerra durante la acción;
- b) que las embarcaciones de socorro actuaran a su propio riesgo y peligro.

conminación de auxilio, porque de otro modo privaría al barco de socorro de su libre arbitrio y, en consecuencia, de la responsabilidad por sus acciones.

Se propuso, pues, que el pabellón fuese amarillo, y que no jugase un papel oficial más que como señal para las embarcaciones de socorro. No podía enarbolarse más que por barcos de guerra que desearan realizar el salvamento de náufragos. También había que distinguir a los barcos de socorro que izaban su pabellón neutral (blanco con la cruz roja) con el del pabellón amarillo, cuando éste se enarbolaba en el lugar de la lucha, pues significaría que podía prestar asistencia, asumiendo los riesgos y peligros en virtud de la señal de emergencia ya reconocida.

Por otra parte, esta señal de emergencia parecía que no tenía una importancia castrense, pues el barco de socorro acudiría solamente porque confiaba en la protección del navío de guerra<sup>491</sup>.

B) Respecto a la cuestión de extensión y movilidad, se consideraba la diferencia existente entre la guerra terrestre y la naval, ya que en una batalla terrestre los golpes decisivos tenían lugar en un espacio restringido en relación con la masa de los combatientes, y en el mar el lugar de la acción cambiaba continuamente y podía ser todavía más extenso, con motivo de la velocidad de los navíos de vapor.

C) Sobre la naturaleza de las fuerzas, era adecuado que

---

<sup>491</sup> A modo comparativo, se hace mención sobre la victoria en Viena de Napoleón I, quien ordenó señalar con una bandera varios edificios para que no fuesen atacados. Archivos de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869. Ginebra, 2001-2004.

las embarcaciones de socorro tuvieran que dirigirse tras las maniobras continuas de los barcos combatientes y moverse fuera del alcance de los cañones, ya que, en el caso contrario, cobraría vigencia lo dispuesto en el artículo 13 adicional de la Convención, que otorgaba a los beligerantes el derecho de apartar a las embarcaciones de socorro o guardarlas en su cercanía, detrás de su línea de batalla. Dos artículos de la Convención (6 y 13) constataban que las naves de socorro actuaban a su propio riesgo y peligro. Había que tener en cuenta que si no acataban las indicaciones de los navíos de guerra de evacuar el campo de batalla, corrían el riesgo de ser puestos fuera de servicio por un proyectil que destruyese alguna de sus ruedas de propulsión.

Por ello, las naves de socorro que no pudieran navegar en la cercanía del lugar del conflicto bélico, teniendo en cuenta que el alcance de los cañones podía llegar hasta los 5000 pasos, era lógico que debieran mantenerse a una distancia de 7 u 8 kilómetros<sup>492</sup>.

Se debe recordar que en la batalla de Lissa, algunos de los navíos en combate no se dieron cuenta de la pérdida del *Rè d'Italia*, a pesar de que algunos se encontrasen más cercanos al lugar del combate de lo que les estaba permitido<sup>493</sup>.

D) En cuanto a las consecuencias de una derrota, y las

---

<sup>492</sup> Archivos de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869. Ginebra, 2001-2004.

<sup>493</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997: teniendo en cuenta que en las guerras continentales había que servirse del telégrafo o de una ordenanza para poder prestar rápidamente socorro, era lógico que en el mar, el único sistema de comunicación se basase en el código mediante una bandera.

cuestiones derivadas de la señal de peligro y pabellón nacional, había que tener en cuenta que mientras en tierra las fuerzas eran ejércitos, en el mar eran navíos. En el primer caso la derrota se declaraba cuando el cuerpo de ejército, es decir, los hombres quedaban fuera de combate. En una batalla naval, por el contrario, la victoria no dependía sólo de la puesta fuera de combate de las tripulaciones, sino también de la inutilización o destrucción completa de las naves<sup>494</sup>.

Se observaba que el fin principal de la lucha marítima no era otro que la destrucción de los mismos buques, porque entonces sus tripulantes quedaban fuera de combate y en situación de náufragos. Entonces las sociedades de socorro debían, sobre todo, ayudar a los náufragos porque sin su intervención la mayor parte perecería durante la operación.

Esta cuestión ya era recogida en el artículo adicional sexto de la Convención de Ginebra, que estipulaba que los buques de socorro podían salvar a los náufragos durante la acción. Esta disposición cubría una laguna que se había sentido con frecuencia en la guerra marítima. Hasta este momento el salvamento de los náufragos era una rara excepción, pues una nave que se iba a hundir debía arriar su pabellón y rendirse<sup>495</sup>.

La Convención estableció como objetivo de las embarcaciones de socorro el salvamento de náufragos durante la acción, sin que se pudieran negar los medios para llevar a cabo el citado salvamento, y por

---

<sup>494</sup> La tripulación podía estar perfectamente intacta y, sin embargo, sin capacidad de continuar la lucha cuando la nave se fuese a pique. Archivos de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

<sup>495</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

ello se desprendía la necesidad de "la señal", que antes se referenciaba.

Esta "señal" no indicaría, por otra parte, el que una nave se encontrase en peligro por la acción del enemigo, sino más bien por la del agua y el fuego. Un navío de guerra en acción no tenía ninguna otra razón para izar el pabellón de emergencia, porque si su tripulación hubiese sido puesta fuera de combate, se la hacía prisionera y por tanto se la obligaría a arriar su pabellón<sup>496</sup>.

Se marcaban por tanto las diferencias entre la guerra terrestre y la naval. La guerra continental, al contrario de la guerra en el mar, no ofrecía analogía alguna con el caso de que un navío maniobrase libremente y que se luchase con un adversario de similar fortaleza, o cuando la tripulación estuviese ileso pero en peligro por el fuego y el agua.

Por otra parte, en referencia al pabellón nacional, es destacable el valor tan importante que se le prestaba, pues parecía que era tan sagrado para un buque, tanto como la bandera para el ejército terrestre. Los que lo conducían a la batalla estaban dispuestos a morir para defenderlo, teniéndose en cuenta que ningún batallón ni navío capaz de resistir lo entregaría al enemigo<sup>497</sup>.

---

<sup>496</sup> Cuando un navío de guerra se encontrase condenado a la inmovilidad, ya sea porque varios navíos lo rodeasen y le atacasen con sus proyectiles, sea porque embarrancase en un banco de arena y quedase expuesto al fuego de sus adversarios que lo bloqueasen, su tripulación sucumbiría pronto, y debería rendirse y por ello arriar el pabellón citado, a modo de fortaleza. Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

<sup>497</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869: Se debe recordar cuando la fragata acorazada italiana *Rè d'Italia* recibió el golpe que le hizo perder su blindaje y permitió que el mar entrase por sus flancos, un marinero quiso arriar el pabellón, pero el teniente Razetto le relevó de manera que continuó izado hasta el último momento. Este ejemplo serviría de prueba de que una tripulación ileso preferiría morir antes de perder su pabellón.

La citada abnegación, el mismo sentimiento de honor animaba también a los batallones en la lucha; pero las consecuencias no eran las mismas, porque cuando en una operación terrestre un batallón cedía ante las fuerzas superiores, la mayor parte de los hombres fuera de combate eran sólo heridos, y los hospitales se encargaban de su restablecimiento, mientras que en el mar perecían.

Este es el gran principio de la igualdad, que obligaba a comprometerse a la misma exigencia de favor para las tripulaciones puestas fuera de combate cuando una embarcación se hundía, pues correspondía al vencedor llamar a los barcos de socorro e izar el pabellón de emergencia<sup>498</sup>.

Otra cuestión de interés para señalar, correspondía a la posibilidad de los abusos que podrían existir, y si estos eran o no causa suficiente para no impedir la aprobación del citado pabellón de emergencia, reseñándose algunos casos, que a continuación se detallan:

"En la lucha entre dos navíos, se debía tener en cuenta la fuerza de las máquinas y la velocidad que les imprimían, ya que jugaban un papel considerable". "También pudiera haber

---

<sup>498</sup> El vencedor no tenía ningún motivo para condenar a muerte a un centenar de hombres desarmados, que según la Convención no podían ya luchar más contra él. Al salvarles se realizaba una acción que la historia estimaría más que la misma victoria. Cabe recordar el ejemplo de la batalla de Aboukir, donde el almirante Nelson pudo salvar a los naufragos, porque la flota enemiga entera estaba inutilizada. Por el contrario, existía el caso del almirante Tegetthoff, quien no consiguió salvar a los 400 marineros del *Rè d'Italia* porque una nueva operación que acababa de comenzar reclamaba toda su atención. Unas voces en la Conferencia se alzaban y señalaban que Nelson no sería el último vencedor que salvase tripulaciones enemigas, si se introducían los "pabellones de emergencia". Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

ocurrido que una nave menos rápida que su adversaria fuese amenazada por el agua o el fuego, en este caso, el pabellón de emergencia no le servirá de ayuda, porque el enemigo debería continuar la lucha hasta que se rindiese o se hundiese por el fuego". "En cambio, por otra parte, el pabellón de emergencia, cuando pudiera ser divisado por las naves de socorro que se acercasen, podía hacer que la tripulación de un navío tomase la decisión heroica de provocar el hundimiento", y entonces cabría realizarse la pregunta siguiente: ¿se estaba ante un abuso del pabellón de emergencia? La respuesta que se daba era que ninguna de las potencias "sufriría", ya que el barco partido o presa de las llamas, no tenía ya ningún valor, y por otra parte, la Convención había prohibido a su tripulación continuar sirviendo durante la guerra<sup>499</sup>.

Por otra parte, cuando un navío de velocidad superior se veía forzado por las averías a interrumpir la lucha y a librarse de su adversario, se entendía que no había apenas posibilidad de abuso de la señal de emergencia.

Tan sólo se podía adelantar una teoría, en la que una tripulación izaría sin motivo el pabellón de emergencia y abandonase sin que su nave estuviese haciendo agua o quemándose. En la cual no sería el vencedor el que "sufriría", ya que el barco abandonado caería en sus manos; pero llamaba la atención, cuando se decía que la tripulación del buque que se mantuviese a flote, sería despreciada y conllevaría a recibir una "derrota" cuyas consecuencias podían ser todavía más graves, que el hecho

---

<sup>499</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.



de haber perdido el pabellón nacional<sup>500</sup>.

Entre otras de las posibilidades que también se barajaban, era aquélla en que "un navío de velocidad igual, se sirviese del pabellón de emergencia como estratagema de guerra para atraer a un barco de socorro y ponerse a cubierto del fuego del enemigo tras él". Tal caso se decía que sólo podía darse en la teoría, "porque un abuso similar del pabellón de emergencia significaría la pérdida del barco de socorro, si infringiendo la Convención de Ginebra, se dejase atraer al fuego de los combatientes". Además, se matizaba que "una maniobra tal no salvaría al navío en peligro, porque los navíos averiados pierden por lo general parte de su velocidad, y se volvería de esta forma al primero de los casos mencionados"<sup>501</sup>. Por otra parte, era lógico lo expuesto respecto a que cuando los combatientes en una batalla naval se prestasen socorro mutuamente, el abuso del pabellón de emergencia no parecía admisible en ninguno de los casos aislados que se habían señalado.

Otro tema objeto de examen en la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869, era si, de acuerdo con la Convención de Ginebra, estaría permitido considerar en situación de naufragio a los hombres que todavía no estaban en el mar, sino sobre un barco que hiciera agua o fuese presa del fuego. En este caso, parecía adecuada la respuesta afirmativa, en base a que, desde el momento en que el agua o el fuego condenaban a una embarcación a su pérdida segura, debía ser considerado como en estado de naufragio, sin importar que la catástrofe -explosión o

---

<sup>500</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

<sup>501</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

hundimiento- ocurriese una hora más tarde o más temprano. El punto principal era el peligro inminente para la tripulación, pues la Convención no tenía otro objetivo que el de socorrer ante un peligro inminente.

Otra cuestión sobre el referido pabellón de emergencia era la postura de no corresponderse con una señal de neutralidad, en base a que no se le imponía a los barcos de socorro, ni les concedía el derecho a perjudicar a los navíos en acción y que además mantenían la responsabilidad sobre los mismos. No obstante hubiera sido positiva la interpretación de otras posiciones sobre el reconocimiento del citado pabellón.

El pabellón hubiera sido útil tanto para el vencedor como para el vencido, y sería indispensable si se quería alcanzar el objetivo de la convención, que era el de prestar socorro a las tripulaciones que hubieran naufragado y hubieran sido puestas fuera de combate en una guerra marítima<sup>502</sup>.

En lo que respecta a la señal especial del pabellón amarillo con la cruz roja, que indicaba que tras la batalla una nave de socorro deseaba aceptar heridos o enfermos y que disponía de espacio suficiente para ello, prevalecía que sólo tenía importancia para los barcos que tenían una larga travesía en perspectiva, antes de alcanzar el puerto, y que no podían cuidar suficientemente a sus heridos, asegurándose que este pabellón era deseable, pero no era en absoluto necesario, puesto que sólo era especialmente útil en las circunstancias que se acaban de citar,

---

<sup>502</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín, de 1869. Ginebra, 2001-2004.

manifestándose no obstante, que no se oponía a su adopción<sup>503</sup>.

Después de las conclusiones señaladas en la Conferencia, hubo una propuesta adicional, relativa a los socorros voluntarios en la guerra marítima, que no se puede obviar, dado su interés, defendida por el Caballero de Arneth (Austria), que basaba su postura en la problemática de hacer frente económicamente las sociedades de socorro a los gastos que pudieran repercutirles por su participación en la guerra naval, señalando que no podían contraerse obligaciones imposibles de cumplir<sup>504</sup>.

Aparte del ámbito técnico-operativo y legal, hubo una iniciativa a cargo del Conde de Serurier, para que se acordase la creación de una exposición internacional y universal, en la próxima Conferencia Internacional, sobre los diferentes modelos de material para el socorro de los heridos, enfermos y náufragos en el mar, puesto que no existía ningún movimiento de este tipo para la marina, a diferencia de la guerra terrestre. El material necesario y adecuado para el socorro en el mar era desconocido e ignorado. Dicha propuesta se sometió a votación aceptándose

---

<sup>503</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín, 1869. Ginebra, 2001-2004.

<sup>504</sup> Dicha propuesta obtuvo una resolución cuyo contenido señalaba que: *"Las sociedades de socorro deberán conformarse en su apoyo durante la guerra marítima, y en tanto que estén en situación y dispongan de los medios para hacerlo, a las resoluciones aquí estipuladas"*.

Por otra parte, no es necesario reseñar que no podrá derivarse para ellas de estas resoluciones ninguna obligación. Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869.

de forma unánime<sup>505</sup>.

En definitiva, en esta Conferencia, cuyo objetivo era la guerra en el mar, se promovieron las actuaciones de las Sociedades de Socorro en dicho de medio, aunque todavía había que esperar que tuviera su reconocimiento de su participación en los conflictos armados navales.

Los artículos adicionales, cuya ratificación se esperaba confiadamente, abrían a las Sociedades de Socorro un nuevo y considerable campo de acción. En ellos se estipulaba, en particular, que los barcos hospitales, equipados a expensas de las Sociedades de Socorro reconocidas, prestarían socorro y asistencia a los heridos y a los naufragos de los beligerantes, sin distinción de nacionalidad. Tras el Congreso Diplomático de 1868, las Sociedades de Socorro acogieron con entusiasmo estas disposiciones, pero en ese momento ya se daban cuenta de que su aplicación sería particularmente complicada.

Otra cuestión que merece reseñarse de esta Conferencia, corresponde al planteamiento de que los barcos de socorro deberían seguir a las flotas de guerra con la autorización de los jefes de flota, así como que dichos barcos debían acudir sin tardanza al auxilio del navío cuya señal indicase que estaba a punto de naufragar o incendiarse. No se puede pasar por alto la ya citada propuesta del pabellón de emergencia, quedando las Potencias en ponerse de acuerdo sobre una forma de señal que fuese común para todos y sirviera de indicativo de incendio o naufragio, pudiendo dicha señal tener un pabellón amarillo con una cruz roja.

---

<sup>505</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. CICR, Ginebra 2001-2004.

Se estaba de acuerdo en que hacían falta barcos, y lo que es más, barcos de vapor que poseyeran una cierta velocidad, pudieran resistir suficientemente al mar, fuesen fáciles de maniobrar y tuvieran un entrepuente amplio y elevado. Lo que no dejaba de plantear terribles problemas económicos, ya expuestos por el Caballero de Arneth. La otra cuestión era quién debía prestar los barcos de vapor y quién se haría cargo de los gastos de sus daños.

También merece la atención que se reafirmase que las Sociedades de Socorro deberían prepararse tanto en tiempo de paz como en el de guerra, para la formación del personal, el material y el de la organización, así como en la forma de realizarse, llamando la atención la organización sobre el lugar donde se instalaría a los heridos y náufragos a bordo y la ventilación.

Por otra parte, se deben destacar de las conclusiones que se presentaron, también aquellas referidas a que las Sociedades de Socorro acordasen las negociaciones con Sociedades de Salvamento de Náufragos para que pusieran a su disposición sus embarcaciones con sus tripulaciones; elección de una señal especial que podría ser pabellón amarillo con cruz roja, para que las embarcaciones de socorro indicasen que querían recoger heridos y náufragos, y con respecto al personal se podría elegir para el gobierno de las embarcaciones de socorro a oficiales o jefes y pilotos procedentes de la marina de guerra.

Un tema de vital interés concernía a que en tierra, las Sociedades habían decidido intervenir sólo después del combate. Este tipo de actuación no era viable en el mar. Los marinos que participaban en la Conferencia, entre los cuales se encontraba la familiar figura del vicealmirante

van Karnebeek<sup>506</sup>, no tuvieron ninguna dificultad en demostrarlo. Efectivamente, existían dos posibilidades: o la coraza del barco atacado cumplía su función, haciendo que sólo hubiera algunos heridos entre los hombres que estuvieran en el puente, en cuyo caso, la intervención del barco hospital sería superflua; o de lo contrario, se producía una vía de agua y, en pocos minutos, como sucedió con el *Re d'Italia* en Vis, el barco se iría a pique y toda la tripulación debería ser socorrida inmediatamente<sup>507</sup>. Habría que salvar náufragos y no heridos, y ello sin esperar el final de la batalla.

La cuestión estaba en cómo harían las Sociedades para equipar esos barcos, seguir las flotas en alta mar y socorrer a los náufragos con la necesaria rapidez, en medio del fragor de la batalla, y todo ello sin "obstaculizar en modo alguno los movimientos de los combatientes".

Tantas exigencias contradictorias requerían estudios más minuciosos, que una asamblea no podía llevar a cabo. Por ello, el Comité Central de Berlín decidió, muy oportunamente, abrir sobre este tema un segundo concurso, convocado en nombre de la reina Augusta. Se otorgarían cien federicos de oro al mejor estudio sobre la acción de las Sociedades de Socorro en favor de los náufragos, los heridos y los enfermos de las flotas beligerantes<sup>508</sup>.

En cuanto a los artículos adicionales, aún no habían sido objeto de ninguna normativa jurídica nacional. Esto no tenía nada de sorprendente, ya que dichos artículos sólo debían entrar en vigor cuando todos los Estados signatarios

---

<sup>506</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín de 1869.

<sup>507</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>508</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

del Convenio de 1864 los hubieran ratificado, cuestión que nunca se llevaría a efecto, y por tanto dicha norma jamás obtendría la pertinente validez. Había muchos intereses y posturas contradictorias que de momento impedirían alumbrar una norma tan necesaria como humanitaria en el marco de la guerra naval.

El año 1868, en la Conferencia Diplomática de Ginebra, sus representantes habían afirmado que no firmarían los artículos adicionales si, como solicitaban las demás delegaciones, se mantenía el principio de la inmunidad de los barcos hospitales militares<sup>509</sup>. Para responder a sus exigencias, se admitió entonces que los barcos hospitales militares quedasen sometidos a las leyes de la guerra, y se convirtieran en propiedad del que los capturase.

Pero, unos meses más tarde, Francia dio un giro total a su postura, pues no ratificaría los artículos adicionales, si no se prohibía el apresamiento de los barcos hospitales. Ese cambio obligó al Consejo Federal a realizar interminables y difíciles intercambios de notas con las otras potencias interesadas. Por su parte, el Comité Internacional presionó a los Comités Centrales para que utilizaran su influencia ante sus gobiernos y envió llamamientos directos a los Estados. Pero, evidentemente, los trámites todavía serían largos<sup>510</sup>.

Se debe recordar que Moynier, que no dudaba del éxito final, y para dar mejor a conocer el Convenio y los artículos adicionales, redactó un largo comentario, exacto y detallado, que se publicó a comienzos del año 1870 con el título de *El derecho de gentes- Estudio sobre el Convenio*

---

<sup>509</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>510</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

de Ginebra. La obra tuvo un gran éxito. No obstante, Napoleón III y el ministro de guerra francés no habían dado ninguna muestra de interés por la obra del Convenio<sup>511</sup>. Ahora bien, hay que señalar que las relaciones entre Francia y Prusia eran ya tensas, pues se acercaba la Gran Guerra de 1870. También conviene recordar que aparte de este conflicto, tendrían lugar otros dos acontecimientos bélicos de gran importancia como la guerra ruso-turca de 1877 y serbio-búlgara de 1885, los cuales desgraciadamente propiciarían nuevamente el camino de la regulación del transporte sanitario en los conflictos armados en el mar.

**1.1.10)            IV Conferencia Internacional de las  
Sociedades de la Cruz Roja. Carlsruhe  
1887.**

**1.1.10.1) Introducción:**

En esta Conferencia se volvieron a retomar los temas correspondientes a adaptar los principios del Convenio de Ginebra de 1864 a las fuerzas navales, que se plantearon en la Segunda Conferencia Internacional de la Cruz Roja en Berlín en el año 1869.

No obstante, antes de entrar a fondo a conocer lo tratado en la Conferencia de Carlsruhe, es de interés exponer con carácter previo aquellas cuestiones y acontecimientos que fueron de gran relevancia entre 1869 y 1887, y que relegaron a lo mínimo los trabajos referidos a la guerra

---

<sup>511</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.



marítima, en referencia a los acontecimientos bélicos de las guerras de 1870 entre Francia y Prusia, 1877 entre Rusia y Turquía, y 1885 entre Serbia y Bulgaria, así como las Conferencias de Bruselas de 1874 y Ginebra de 1884.

#### **1.1.10.1.1) La Guerra Franco-Prusiana de 1870**

En Europa en 1870 estaba a punto de estallar una de las grandes guerras del siglo XIX. Anteriormente se recuerda la campaña de Italia de 1859, luego la guerra de Schlerwig, en el año 1864, en la que se vieron los primeros brazales con la cruz roja, y por último el conflicto de 1866 entre Austria y Prusia, donde el Convenio de Ginebra de 1864 y las Sociedades se habían hecho realidad, aunque fuese para uno de los beligerantes<sup>512</sup>.

El 15 de julio de 1870, Francia declaró la guerra a Prusia. Era el comienzo de un cuarto conflicto, más mortífero que los tres precedentes, que enfrentó a las dos mayores potencias militares de Europa.

Por primera vez, se emplearon todos los elementos de lo que podríamos llamar el dispositivo de la Cruz Roja. Ambos beligerantes tenían una Sociedad de Socorro y los dos se habían adherido al Convenio de 1864<sup>513</sup>. Unos días después, dieron incluso al Consejo Federal suizo la garantía de que también respetarían los Artículos adicionales de 1868.

En Prusia se habían hecho grandes esfuerzos desde la guerra de 1868 para mejorar aún más la organización de los Servicios de Sanidad del ejército, como fue la formación de compañías de camilleros de regimiento.

---

<sup>512</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>513</sup> Archivos de documentación del CICR. Ginebra, 2001-2004.

Se conjugaron cuidadosamente la acción del Servicio de Sanidad y la de los socorristas voluntarios.

En Francia, el mariscal Le Boeuf había dicho: "El ejército está listo, no le falta ni un botón de polaina"<sup>514</sup>. Sin duda, olvidaba el cuerpo sanitario, que seguía siendo la última preocupación de la Intendencia. Todo contribuyó a hacer más penosa la situación de los combatientes.

Para que los heridos de guerra recibieran, en todo momento, asistencia inmediata, era asimismo importante que el personal sanitario tuviera asegurada la neutralidad. Cuando una ambulancia o un hospital de campaña caía en poder del enemigo, médicos y enfermeros debían poder permanecer por algún tiempo con sus heridos, para ser luego devueltos al ejército al que pertenecían. Esa era la razón de ser del Convenio de Ginebra y de los Artículos adicionales de 1868.

Para que las ambulancias y el personal sanitario del enemigo fueran tratados de la misma manera, se tenía que haber instruido a las propias tropas. Prusia lo había comprendido perfectamente. En el lado francés, la situación era totalmente diferente. El personal del Servicio de Sanidad militar no llevaba el signo distintivo. Sus vehículos estaban pintados de un color gris uniforme. Por su parte, los socorristas voluntarios recibieron el brazal con la cruz roja, pero no de la autoridad militar, que se desinteresó del asunto, sino del Comité Central de París o del Comité regional del que dependían. El ejército desconocía el Convenio<sup>515</sup>.

---

<sup>514</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>515</sup> Pierre Boissier, obra citada, 1997.

La invasión prusiana ganaba cada día terreno y el avance era más rápido. En septiembre de 1870, delegados del Consejo Federal lograron que 4.000 mujeres y niños pudieran salir de Estrasburgo, asediada por los prusianos, y refugiarse en Suiza. El 1 de febrero de 1871, fueron los 90.000 hombres del ejército del Este, al mando del general Bourbaki, quienes escaparon al territorio helvético. De las tripulaciones de la flota inglesa y de las más remotas aldeas de Rusia, llegaron socorros.

El 28 de enero de 1871, Jules Favre y Bismarck concertaron un armisticio que ponía fin a la guerra en todo el territorio francés, salvo en lo relativo a Belfort y al ejército del general Bourbaki, que quedaron exceptuados del armisticio hasta tanto no se llegara a un acuerdo sobre la línea de demarcación<sup>516</sup>.

Con esta victoria, Prusia se consolida como potencia europea e impulsa a las Alemanias del Norte y del Sur a unificarse para formar el imperio alemán (Reich)<sup>517</sup>.

Catorce Sociedades de Socorro, beligerantes o neutrales, intervinieron durante la guerra de 1870. Mediante su acción o sus donativos, salvaron miles de vidas, mejoraron la suerte de los prisioneros y calmaron la ansiedad de los familiares.

Cuando terminó la guerra franco-alemana, el Comité Central de Viena, encargado de organizar la tercera Conferencia Internacional de las Sociedades de Socorro, comprendió que los problemas que habían quedado pendientes en Berlín habían perdido todo interés. La futura asamblea examinaría

---

<sup>516</sup> Pierre Boissier, obra citada, 1997.

<sup>517</sup> Geographica. El gran Atlas Mundial Ilustrado. Editado por Könemann, 1999.

inevitablemente la experiencia adquirida durante el conflicto. Pero la selección de los temas se evidenció tan delicada que Viena aplazó la Conferencia para tiempos mejores y dejó el asunto en manos del Comité Internacional<sup>518</sup>.

#### **1.1.10.1.2) Conferencia de Bruselas 1874.**

Es de interés reseñar ésta Conferencia, a pesar de no tratar de la guerra marítima, ya que dio lugar a la Declaración de Bruselas de 22 de agosto de 1874. Como rasgo característico de la "corriente de La Haya", esta Conferencia, que comenzó el 27 de julio del citado año, a iniciativa del Zar,<sup>519</sup> se interesó más por los medios de limitar la guerra que por las víctimas de ésta. La cuestión verdaderamente inquietante no era la de saber qué medios técnicos debían utilizarse, sino la de determinar a qué categorías de combatientes tenía derecho el Estado a lanzar a la contienda<sup>520</sup>.

Se estableció una distinción muy clara entre los combatientes que cumplían con un deber "honorable" y los que, al tomar las armas, exponían a la población a inevitables represalias. Sin embargo, la Conferencia amplió mucho la noción de guerra, al reconocer como beligerante a toda unidad que reuniera los siguientes requisitos:

- 1.- Estar bajo la dirección de una persona responsable de sus subordinados.
- 2.- Tener un signo distintivo uniforme y reconocible a

---

<sup>518</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>519</sup> José Luis Fernández-Flores. El derecho de los conflictos armados. 2001

<sup>520</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

distancia.

3.- Llevar las armas abiertamente.

4.- Conformarse, en sus operaciones, a las leyes y costumbres de la guerra.

Esta nueva definición del soldado marcó una etapa capital en la historia de la guerra.

Este texto, destinado a una futura conferencia diplomática, era fiel al espíritu de 1864. Mantenía el principio de la neutralidad del personal sanitario, que extendió incluso a los miembros de las Sociedades de Socorro admitidos en el teatro de la guerra por las autoridades militares. Otra novedad era que no se privaba al personal sanitario de sus derechos si empleaba armas para su propia defensa. Asimismo, los hospitales y las ambulancias conservaban las ventajas de la neutralidad aunque estuvieran protegidos por un piquete de soldados o por centinelas<sup>521</sup>.

La *Declaración de Bruselas concerniente a las Leyes y las Costumbres de la Guerra* no tendría fuerza de ley, ningún Estado la ratificó, quedándose en un proyecto. El derecho positivo de la guerra seguiría limitado, durante mucho tiempo todavía, a dos textos igualmente breves: el Convenio de Ginebra de 1864 y la Declaración de San Petersburgo de 1868. No obstante, acababa de darse un paso muy grande. El ámbito del derecho consuetudinario, hasta entonces tan vasto y tan vago, había tomado repentinamente forma<sup>522</sup>.

#### **1.1.10.1.3) La guerra ruso-turca de 1877**

Desde la Conferencia de Bruselas hasta la víspera de la Gran Guerra, la Cruz Roja atravesó uno de los períodos más

---

<sup>521</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>522</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004.

agitados de su historia. Otros conflictos armados de gran relevancia en el Orden Mundial ocuparon el periodo a partir de 1875, correspondiente al conflicto interno que estalló por el levantamiento de Herzegovina, Bosnia y Bulgaria contra el Imperio Otomano, y la guerra ruso-turca que duró entre 1877 y 1878. Confrontaciones que trajeron bastantes complicaciones al Comité Internacional, con motivo de cuestionarse la aplicación del Convenio de Ginebra de 1864 en un conflicto armado interno, y el rechazo a admitir el signo de la Cruz Roja por parte del Imperio turco, que ponía en tela de juicio la unidad del signo protector.

Tras el debilitamiento del Imperio Otomano, se desarrollan los movimientos nacionalistas en las provincias cristianas de los Balcanes. Los disturbios ensangrentaron dicha península. En agosto de 1875 estalló la insurrección de una de las provincias turcas cristianas que se sublevaron contra la autoridad del Imperio Otomano: Herzegovina, posteriormente Bosnia y, más tarde, Bulgaria. En este último país, sobre todo, la represión turca fue terrible. Los *bachibuzuks*, multiplicando matanzas y torturas, hicieron más de 30.000 víctimas. Toda Europa se indignó. Se preguntaba si debían intervenir las Sociedades e la Cruz Roja en esta guerra civil, y si era aplicable el Convenio de Ginebra en un conflicto de esa índole. El Comité Internacional tomó inmediatamente posición, pronunciándose que el deber de las Sociedades Nacionales le parecía perfectamente definido: actuar, sin tomar en consideración la naturaleza de la lucha<sup>523</sup>.

El Comité no vaciló en afirmarlo, puesto que la cuestión ya se había planteado durante la insurrección carlista. La Cruz Roja Española había dado entonces un magnífico

---

<sup>523</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

ejemplo. No obstante, algunos de los miembros del citado Comité sostenían que, dado que la Cruz Roja tenía su origen en un documento internacional, reconocido por una convención diplomática, su objetivo debía circunscribirse a aliviar los males causados por los grandes conflictos internacionales<sup>524</sup>.

Pero el Convenio de Ginebra era algo más. En su texto no había nada que limitase sus efectos a las Potencias contratantes; al contrario, todos sus artículos estaban redactados en términos generales, como si fueran la expresión de normas que debían observarse, no sólo en las relaciones de los signatarios entre ellos, sino en toda circunstancia.

La represión turca en Bosnia y en Herzegovina provocó el éxodo de poblaciones enteras. Montenegro, minúsculo Estado cuya capital, Cetinje, no era más que un pueblo de seiscientos habitantes, fue pronto invadido por cuarenta o cincuenta mil fugitivos, que carecían de todo. Montenegro, y también Serbia, no contentos con recibir a los refugiados, tomaron partido por las poblaciones mártires de Bosnia, Herzegovina y Bulgaria y declararon la guerra a Turquía. En julio de 1876 el conflicto se internacionalizó, aunque ya en otoño de ese mismo año sus ejércitos fueron vencidos<sup>525</sup>.

Montenegro, que había ratificado el Convenio de Ginebra el 29 de noviembre de 1875, y Serbia, el 24 de marzo de 1876, estaban decididos a hacer todo lo posible por proteger a la Cruz Roja y respetar el Convenio de Ginebra, como así lo demostraron. Pero la duda estaba en lo que iba a hacer

---

<sup>524</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>525</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

Turquía.

Desde los primeros combates, los ejércitos turcos demostraron un menosprecio total por el Convenio de Ginebra. Los heridos enemigos que caían en su poder eran desollados, mutilados o rematados. Se disparaba contra las ambulancias, a pesar de la bandera con la cruz roja que enarbolaban. Estas continuas violaciones del derecho internacional se atribuyeron a la ignorancia de las tropas, que no habían recibido ningún tipo de instrucción<sup>526</sup>. El Gobierno turco se planteaba modificar o reemplazar el signo de la Cruz Roja por la Media Luna Roja, pues aquel signo, lejos de servir de protección, lo que conseguía era animar a los combatientes turcos para que no respetasen las ambulancias ni el personal asignado a ellas. Por ello, la Sociedad Otomana llegó a la conclusión de que no había otra solución que adoptar otro signo: la media luna roja<sup>527</sup>.

El problema así planteado era grave. Se trataba, en definitiva, de la unidad del signo distintivo de las unidades sanitarias. Por extraña coincidencia, la misma cuestión surgió en Japón, que también trataba de adherirse al Convenio de Ginebra. Al tropezar con una oposición similar de su ejército, equipó a su personal sanitario con un brazal sobre el cual la cruz estaba, en cierto modo, desarticulada, con los dos brazos, uno debajo del otro, como dos rectángulos paralelos<sup>528</sup>.

Se preguntaba si debía admitirse la ruptura de la unidad del emblema. El Comité Internacional deliberó al respecto, el 9 de diciembre de 1876, y publicó sus conclusiones en el

---

<sup>526</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>527</sup> Manuel Antón Ayllón - Mercedes Babé Romero. Tema 3 obra citada CEDIH de Cruz Roja Española.

<sup>528</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.



*Boletín* del mes de enero de 1877. El Comité pensaba que si los Estados signatarios deseaban que los principios de humanidad que profesaban, penetrasen progresivamente en todos los pueblos, cualquiera que fuese su religión, una cuestión de forma externa no debía ser un obstáculo infranqueable para la propagación de esos principios entre los pueblos no cristianos. La adopción de un signo internacional era indispensable, pero el acuerdo sobre este punto no era incompatible con la tolerancia de algunas variantes en los detalles.

Rusia, aliada de Montenegro y Serbia, tras haberse asegurado la neutralidad de Austria-Hungría, envió sus tropas a los Balcanes. El 13 de abril de 1877, Rusia declaraba la guerra a Turquía. El Comité, ante esta situación, donde no cabía vacilación alguna, y como garante de la doctrina, puso todo su peso en la balanza para que se admitiera la media luna roja. El Comité no defendía un concepto, sino a los heridos, y solicitó al Comité Central ruso que interviniera ante su Gobierno para que Rusia aceptara la propuesta turca por el tiempo que durase la guerra. Unos días más tarde, el 24 de mayo, el Zar se declaró dispuesto a reconocer la inviolabilidad de las ambulancias turcas señaladas con la media luna roja. En junio de 1877, varias semanas después de iniciarse las hostilidades, se obtuvo promesa formal de Turquía de respetar la Cruz Roja<sup>529</sup>.

Rusia, fiel a sus compromisos, hizo todo lo necesario para informar a sus tropas de las disposiciones del Convenio. El 13 de junio de 1877, publicó una especie de catecismo militar, con preguntas y respuestas, y lo distribuyó a

---

<sup>529</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

todas las tropas<sup>530</sup>.

El comportamiento de los turcos fue muy diferente. Algunos ejemplos eran bastante para demostrarlo<sup>531</sup>.

Los Artículos adicionales de 1868 relativos a la guerra marítima no desempeñaron papel alguno en las hostilidades ruso-turcas, aunque no faltaron ocasiones para aplicarlos durante unas extraordinarias batallas navales.

La flota turca, compuesta de modernos buques y equipada con una excelente artillería, era entonces la tercera del mundo. La flota rusa sólo disponía, en cambio, de vetustos barcos, en su mayoría de madera, o embarcaciones casi inutilizables, como los dos *popofkas*, navíos completamente redondos, de poco calado, que constituían toda la escuadra del mar Negro. No obstante, los rusos fueron mejor dirigidos y más audaces, y por ello se impusieron en el mar, sacando hábilmente provecho de una nueva arma: el torpedo<sup>532</sup>.

---

<sup>530</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>531</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997: El 21 de julio, tras la batalla de Sipka, los corresponsales del Times, del Moniteur universel, del Temps y de la Ilustración Española y Americana llegaron al lugar de los combates y redactaron el siguiente informe: "Por lo que atañe a los heridos rusos, ninguno de los que tuvo la desgracia de caer en un lugar ocupado momentáneamente por los tropas turcas quedó vivo. De veinte a treinta desafortunados fueron decapitados; a varios les amputaron los pies, las manos, las orejas, la nariz, las partes sexuales; les abrieron el pecho con el yagatán y transportaron sus cabezas al campamento turco, donde las encontraron los soldados rusos cuando ocuparon las fortificaciones (...) vimos un cuerpo decapitado y mutilado, tendido todavía en la camilla de la ambulancia donde había sido colocado herido y, no lejos de allí, los cadáveres, también decapitados, de dos camilleros con el brazal de la Cruz Roja en el brazo izquierdo".

<sup>532</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997: Desde la Guerra de Secesión, ya se conocía el torpedo durmiente, artefacto de metal lleno de pólvora, depositado en el fondo del mar y unido a la costa por un cable eléctrico, que permitía provocar la explosión en el momento deseado. Los turcos lo emplearon mucho con fines defensivos. También se usó el torpedo inmovilizado entre dos aguas y que explotaba al chocar con él. Pero el más devastador fue el torpedo ofensivo, propulsado por un

Desde comienzos de enero de 1878, los ejércitos turcos, vencidos, ya no ofrecían resistencia alguna al invasor. El fin estaba próximo y todos esperaban que terminaran los sufrimientos ocasionados por la guerra. El conflicto culminó con el Tratado de Berlín de 1878: Bosnia y Herzegovina fueron ocupadas por Austria-Hungría; Bulgaria fue privada de Macedonia, que quedó sometida al Imperio Otomano, y el resto del país se constituyó en un principado independiente. Montenegro y Serbia, por su parte, adquirieron su independencia<sup>533</sup>.

La guerra de Oriente marcó dos hitos importantes en el destino de la Cruz Roja: que la Cruz Roja no estaba únicamente al servicio de los militares heridos o enfermos, pues también protegía a las víctimas civiles de un conflicto, y que de hecho, aunque todavía no de derecho, se aceptó la ruptura de la unidad del signo distintivo.

#### **1.1.10.1.4) Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra de 1884.**

Quince años habían pasado desde la Conferencia de Berlín, sin que las Sociedades Nacionales hubieran reanudado los contactos unas con otras. Moynier, el 23 de enero de 1884, propuso a sus colegas celebrar una conferencia internacional en Ginebra. Varios de ellos desaprobaban la idea. No obstante, se aprobó la resolución. La circular que se remitió obtuvo la adhesión de los Comités Centrales: la conferencia tendría lugar en Ginebra el 1 de septiembre de ese mismo año.

---

motor de aire comprimido o, más simplemente, lanzado por pequeñas embarcaciones muy rápidas, tripuladas por tres hombres, los *thornicrofts*. Esta arma, capaz de destripar un navío y de hundirlo inmediatamente, destronó al espolón. Juristas y estrategas dedicaron por igual su atención a este nuevo instrumento de muerte.

<sup>533</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

Desde 1869, los miembros de las Sociedades de Socorro sólo habían estado en contacto en los campos de batalla y debían aspirar a verse en medio más apacible, más favorable para examinar los grandes intereses de la Cruz Roja. Las Sociedades Nacionales tenían un deber de prevención. Debían aprovecharse los períodos de paz para prepararse a la acción, y para prestar ayuda a las Sociedades extranjeras cuando fuese necesario.

La Conferencia de 1884, que fue la primera que recibió el nombre de "Conferencia Internacional de la Cruz Roja", constituyó un nuevo órgano, que subsistiría en todas las conferencias ulteriores: la Comisión de Delegados. Esta Conferencia no abordó los temas pendientes de la guerra marítima, aunque se trataron otros de gran interés como la organización interna de las Sociedades, los nuevos métodos de socorro a los heridos, la identificación de los muertos y el respeto del emblema<sup>534</sup>.

#### **1.1.10.1.5) La guerra serbio-búlgara de 1885**

Después de los conflictos bélicos franco-prusiano en 1870-71, y ruso-otomano de 1877-78, la Cruz Roja había salvado centenares de miles de vidas, aunque todavía no había demostrado sus grandes capacidades. Tenía por delante un nuevo gran reto, la guerra serbo-búlgara, en 1885, que tuvo un periodo breve pero mortífero.

El 14 de noviembre de 1885, el rey de Serbia declaró la guerra a Bulgaria, la cual al principio, opuso poca resistencia, avanzando rápidamente las tropas serbias. Pero

---

<sup>534</sup> Archivo documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. CICR Ginebra 2001-2004.

la guerra cambió de rumbo y el príncipe Alexandre de Hesse, que dirigía al ejército búlgaro, hizo frente al invasor y penetró hasta Serbia y posteriormente, el 27 de noviembre, venció de nuevo en Pirot, abriendo la trayectoria de Belgrado, que sólo pudo paralizarse dada una intervención diplomática austro-húngara, poniendo fin a las hostilidades<sup>535</sup>.

El movimiento de vaivén de las operaciones, batiéndose uno después del otro su retirada, obligó a dejar heridos sobre el terreno, quedando a merced del enemigo. Esas eran las condiciones en las que el Convenio de Ginebra y la Cruz Roja encontraron toda su razón de ser.

Durante toda la guerra, las Sociedades serbia y búlgara mantuvieron estrechas relaciones. No contentas con asistir a los heridos enemigos al igual que a los suyos, intercambiaron listas de heridos e incluso noticias detalladas para los familiares. Esos hechos, entre otros muchos, indican el respeto que se tuvo por el Convenio de Ginebra, aunque no evitaron algunas violaciones reales o supuestas, de dicho Convenio.

La guerra serbo-búlgara había tenido para la Cruz Roja el alcance de una consagración del más alto valor, pues la guerra de 1885 marcó un viraje en su historia. La "podredumbre de los hospitales" y su "nauseabunda hediondez" habían desaparecido. La curación de los heridos, tan rara unos años antes, se había convertido en algo corriente: sólo murió el 2% de los 6.000 heridos serbios. La amputación, que era habitual en caso de una lesión algo seria de un miembro, sólo se practicaba muy excepcionalmente, y un hecho no menos extraordinario, fue

---

<sup>535</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

la aplicación en el campo de batalla de nuevos materiales que permitían esterilizar los instrumentos de cirugía y los apósitos, cuya técnica y estado se debían a Luis Pasteur<sup>536</sup>.

Los trabajos de Pasteur no fueron los únicos que revolucionaron la cirugía de los ejércitos. Hubo otros cambios, en esa misma época, cuyos efectos también se notaron en los hospitales militares.

Después de los conflictos bélicos franco-prusiano de 1870, ruso-turco de 1877 y el serbio-búlgaro de 1885, se celebraría la siguiente Conferencia que, por invitación del Gran Ducado de Baden, tendría lugar en Carlsruhe.

La Conferencia de Carlsruhe, que comenzó el 21 de septiembre de 1887, en la cual se decidió que en adelante debía transcurrir un plazo de cinco años entre cada Conferencia Internacional, abordó una serie de cuestiones que reaparecerían siempre: medios para dar a conocer el Convenio en los ejércitos y al público en general, protección del emblema de la cruz roja, y otro tema, tan esperado desde la segunda Conferencia Internacional, se vuelve a retomar el correspondiente a adaptar los principios del Convenio de 1864 a la guerra marítima, y por ende al transporte sanitario en este tipo de conflicto<sup>537</sup>.

#### **1.1.10.2) IV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Carlsruhe, de 1887.**

Tras señalar los acontecimientos existentes durante el período entre las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja en Berlín en 1869 hasta la de Carlsruhe en 1887, se

---

<sup>536</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>537</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Carlsruhe, 1887. Ginebra, 2001-2004.

vuelve a la IV Conferencia Internacional para señalar lo acontecido en la misma. En esta Conferencia, como antes se indicase, se volvieron a tratar las cuestiones relativas a adaptar los principios del Convenio de 1864 a las fuerzas navales, que se plantearon en la Segunda Conferencia de Berlín de 1869. Ejemplo de ello fue que una de las cuestiones que suscitó un gran interés, incluyendo tensos debates, fue la actividad marítima de las Sociedades de la Cruz Roja. Para este tema se preparó un informe por el miembro del Comité alemán, el Dr. Steinberg, como así se acordase en la referida Conferencia de Berlín, aunque por imposibilidad, fue al final el Sr. Haas quien lo presentó, en nombre del citado Comité central alemán<sup>538</sup>.

El informe reproducía las decisiones tomadas en la Conferencia de Berlín; se señalaba que el acta adicional del 20 de octubre de 1868 a la Convención de Ginebra, no había sido todavía reconocida por los Gobiernos, así como tampoco la situación desde la Conferencia de Berlín había variado, por ello, y como la Conferencia de Carlsruhe no había podido tratar las cuestiones relativas a la Convención de Ginebra y del acta adicional a dicha Convención, se proponía aplazar la deliberación de esta cuestión hasta que los gobiernos hubieran tomado una decisión definitiva.

Ante dicha propuesta hubo varias intervenciones, como la de los Sres. Hyades (Francia), Sommer (Italia) Martens (Rusia), Knesebeck, Moynier (CICR) y Stähelin (Suiza).

En conclusión de estas intervenciones, se debe señalar lo siguiente:

---

<sup>538</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Carlsruhe, de 1887. Ginebra, 2001-2004.

El comité alemán que tenía que presentar un informe a la vista de lo debatido en la anterior Conferencia de Berlín de 1869, proponía que como no había sido reconocida todavía por los gobiernos el Acta Adicional de 20 de octubre de 1868 a la Convención de Ginebra, que se aplazase la deliberación hasta que los gobiernos tomaran una decisión entre lo que cabía la posibilidad de seguir trabajando en la base de los artículos adicionales o sobre otra nueva base. Por otra parte, se estaba de acuerdo en que había que adecuar los socorros marítimos a las condiciones actuales de la guerra naval<sup>539</sup>.

El representante del Comité francés se oponía a más dilaciones, manifestándose a favor de una intervención de la Cruz Roja en el conflicto naval, con la condición de que toda acción se sometiese a la autoridad del jefe de la flota.

No obstante, también señalaba que dadas las últimas confrontaciones bélicas, donde se había introducido novedades en el material de guerra naval, era conveniente realizar un nuevo informe que fuese presentado a los gobiernos que se adhiriesen al convenio de Ginebra de 1864. Por otra parte entendía que los artículos adicionales de 1864 ya no eran adecuados. También se debía llevar a efecto la operatividad de los socorros en la guerra naval, como así se realizaba en la guerra terrestre, y afirmaba su oposición con lo acordado en la Conferencia de Berlín de 1869.

El representante del comité italiano que se unió a lo expuesto por su colega francés, aunque había una importante

---

<sup>539</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Carlsruhe, de 1887. Ginebra, 2001-2004.



variación con respecto al salvamento marítimo de la Cruz Roja, era reticente a que se discutiese sobre algunos artículos del Convenio de Ginebra de 1864 y de los artículos adicionales, aunque no se oponía a que en una nueva Convención se aprobase una regulación, en base a que los socorros debían ser proporcionados a las nuevas condiciones de la guerra marítima, y por ello era necesario convocarse una nueva Conferencia para que los gobiernos se pronunciasen al efecto<sup>540</sup>.

El representante del comité ruso, Sr. Martens, para dar una solución a las diferencias entre el Sr. Hyades, de Francia, y el Sr. Sommer, de Italia, proponía que el artículo objeto de la discusión fuese remitido a los signatarios de la Convención de Ginebra de 1864 para que se pronunciasen al efecto<sup>541</sup>.

El Sr. Moyner del Comité Internacional de la Cruz Roja, en un orden práctico, para dar salida a la confrontación entre la propuesta de Hyas, representante francés, y el Sr. Sommer, de Italia, apostaba por el primero, aunque dejó caer su simpatía por esta última postura. Por otra parte, era reticente a la modificación de los artículos adicionales y de la Convención de Ginebra<sup>542</sup>.

Esta Conferencia aportó la unidad en cuanto que se debían adecuar los socorros marítimos a las condiciones de la guerra naval en ese período, puesto que desde la Conferencia de Berlín de 1869 había habido grandes variaciones. También era unánime la postura por la que se debía realizar nuevamente un estudio para reglamentar las

---

<sup>540</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia citada de 1887, Ginebra, 2001-2004.

<sup>541</sup> Archivos de documentación del CICR. Conferencia citada de 1887.

<sup>542</sup> Archivos de documentación del CICR, Conferencia citada de 1887. Ginebra 2001-2004. .

acciones de salvamento marítimo en los conflictos armados, aunque variaba en la forma de realización. El representante francés, Sr. Hyades, era favorable a que lo realizase el Comité Internacional, mientras que el responsable de Prusia, Sr. Hass, se pronunciaba a favor de que lo llevasen a efecto los gobiernos, o más tenuemente, el representante italiano, Sr. Sommer, que instaba a que los gobiernos sólo tomaran en consideración la propuesta de modificación.

Por otra parte, los representantes francés y prusiano, coincidían en que las resoluciones habidas en la Conferencia de Berlín estaban ya obsoletas.

No obstante, existieron posturas muy distantes, especialmente en algo que sería la esencia de los problemas para la unificación de los criterios de los miembros de la Conferencia, en referencia a que las embarcaciones sanitarias equipadas a través de los gastos sufragados por las sociedades de socorro, considerándose neutrales y obteniendo la pertinente protección, de acuerdo con el artículo 13 adicional a la Convención de Ginebra de 1864, debían estar sometidas a autoridad militar. La postura del representante francés consideraba que, aunque el Ministerio de la Marina aceptaba la intervención de la Sociedad de la Cruz Roja en el combate naval, ésta debía realizarse bajo la expresa reserva de que la acción fuese totalmente sometida a la autoridad del Comandante de la escuadra o de la fuerza naval. Esta cuestión no era compartida, especialmente por la representación italiana. El Sr. Martens, de Rusia, representaba la postura de la concordia, ya que no se oponía a que la causa de la discusión fuese objeto de conversaciones con los gobiernos que habían ratificado el Convenio de Ginebra de 1864, para que propusieran una solución.

El Sr. Moynier, que representaba al Comité Internacional, persona de gran experiencia en este tipo de negociaciones, para dar una salida a esta confrontación, se inclinó favorable a la postura del representante francés, aunque como él bien reconocía, sus simpatías estaban con la del Sr. Sommer, de Italia<sup>543</sup>.

Otra cuestión diferencial corresponde a la que éste último señalaba sobre sus reticencias a las modificaciones que pudiera sufrir el Convenio de Ginebra de 1864 y los artículos adicionales, aunque en este caso podría comprenderse, se basaban en una mejor adecuación a la realidad de los tiempos con respecto a las condiciones de la guerra naval. En esta misma línea se encontraba la postura del Sr. Moynier<sup>544</sup>.

Esta Conferencia Internacional demostró, por una parte, el interés, aunque fuese en el deseo y no tanto en el orden práctico, de promover el derecho internacional humanitario para proteger a las víctimas de los conflictos armados en el mar. Se había visto de nuevo el resultado trágico del alcance de la guerra naval con el ejemplo de la guerra ruso-turca de 1877, aunque también hay que señalar que, aunque no desempeñaran papel de relevancia los artículos adicionales, sí sirvieron para que en alguna ocasión, sin obligación de su cumplimiento, ya que no se habían ratificado, fuesen no obstante aplicados<sup>545</sup>, sirviendo al menos para algunas de aquellas víctimas, que a pesar del fragor de la batalla, pudieran salvar sus vidas, acallando

---

<sup>543</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia citada de 1887. Ginebra, 2001-2004.

<sup>544</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. CICR, Ginebra 2001-2004. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Carlsruhe de 1887.

<sup>545</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

la sinrazón por la humanidad del Derecho, aunque esta vez sólo imperase de hecho.

Pero se necesitaba modernizar aquellas normas que sin validez, como los citados artículos adicionales, se quedaban atrás, pues las nuevas técnicas de ataque en el mar iban avanzando -recordemos los nuevos "torpedos"-. Por ello, también era necesario promover normas acordes a la realidad de los tiempos y, muy especialmente, con el mayor consenso. Aunque no fueran las más adecuadas, lo importante era que tuvieran definitivamente su alumbramiento y no quedasen sin ningún tipo de uso.

A veces eran necesarios ciertos sacrificios de unos, por los que poco o nada daban, dentro del ámbito legal, para impulsar una norma. Como se ha podido comprobar, a pesar de las distintas posturas, había necesidad de que se regulasen los socorros en la guerra marítima, al menos para que se pudiera aplicar la sensatez cuando paradójicamente esa sensatez se hubiera perdido.

Los estudios y los trabajos continuarían, pero el tiempo pasaba deprisa, todavía quedaban doce años para alcanzar la pretendida regulación. Antes de que llegase ese momento con la Primera Conferencia de la Paz de La Haya de 1899, habría acontecimientos de vital importancia que promovían la humanidad en la guerra naval, tanto en el orden científico-legal, como las actividades previas, durante y después de la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma de 1892<sup>546</sup>, donde se seguiría labrando el campo del Derecho Humanitario y otros, trágicos como los conflictos bélicos de la guerra chino-japonesa de 1894 e hispano-

---

<sup>546</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma de 1892. Ginebra, 2001-2004.

norteamericana (Cuba y Filipinas) de 1898, que desgraciadamente impulsarían definitivamente el alumbramiento de esa deseada reglamentación.

Por último en cuanto a esta Conferencia, que tuvo como antes se había citado otros temas de gran relevancia, hay que destacar que tras cuatro Conferencias Internacionales y veinticuatro años de incertidumbre, se definió, por fin el futuro del Comité, que tras un intenso debate, se reafirmó su forma de organización<sup>547</sup>.

#### **1.1.11) V Conferencia Internacional de la Cruz Roja. Roma, 1892.**

De nuevo en esta Conferencia se vuelve a tratar la cuestión de los socorros en la guerra marítima, como así se hiciera en la anterior Conferencia y se presenta las tareas que quedaron pendientes de realizar en esta materia, correspondientes a conocer la opinión de las diferentes sociedades de socorros sobre la actividad de las mismas en los conflictos armados en el mar; relación con sus autoridades marítimas, adopción de acuerdos con otras sociedades, entidades o Administraciones Públicas, para llevar a efecto el referido socorro marítimo, experiencias, etc<sup>548</sup>.

Hay que destacar el informe realizado por el Sr. D'Espine, miembro del Comité Internacional, encargado por acuerdo de

---

<sup>547</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Carlsruhe de 1887. Ginebra, 2001-2004.

<sup>548</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma de 1892. Ginebra, 2001-2004.

la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Carlsruhe (1887), de coordinarlo y elaborarlo.

Del citado informe se extrajeron las conclusiones siguientes:

En primer lugar, que la respuesta de las sociedades de la Cruz Roja que habían respondido a la llamada del Comité Internacional había sido muy positiva, tanto por el número elevado que habían respondido como por los informes que se habían solicitado.

De los diversos informes remitidos, cabe destacar el de Austria, en el que se señalaba el acuerdo alcanzado entre la Lloyd austriaca, el Comité de socorro de las mujeres de la Cruz Roja para Trieste y la Istria y el ministerio de marina austriaco. Este acuerdo estaba listo para dar sus frutos, en el momento en que fuese necesario. En este documento constaban regulados todos los detalles que debían incluirse para la transformación de un gran paquebote del Lloyd en una ambulancia marítima. Por tanto, era una de las primeras novedades que se conocían, siendo de gran interés y repercusión, no sólo por la idea, sino porque ya existía un acuerdo dispuesto para entrar en vigor entre las autoridades marítimas y la Sociedad de la Cruz Roja en Austria<sup>549</sup>.

Esta iniciativa era muy positiva pues, aunque sólo se realizase el servicio de socorro cerca de las costas, era de gran trascendencia su labor, cuestión que se tendría en cuenta para las futuras regulaciones de los transportes sanitarios marítimos, al diferenciarse las actividades y características de estas embarcaciones de salvamento de las

---

<sup>549</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma de 1892. Ginebra, 2001-2004.

correspondientes a un Buque Hospital, dispensándose un tratamiento normativo diferenciado.

Otro informe que corresponde resaltar es el del comité alemán, el cual sorprendía ya que no creía que la Sociedad de la Cruz Roja pudiera ser útil en la prestación de un socorro en la propia acción naval. No obstante, a pesar de este aspecto negativo, el Comité alemán no rehuyó admitir la posibilidad de la presencia en una escuadra en alta mar de un barco de socorro, eso sí, debía estar a disposición y conocimiento del almirante en jefe, con el fin de realizar la evacuación de los heridos y de los enfermos de la escuadra<sup>550</sup>. No obstante, ello podría poner de manifiesto su importancia para el futuro de la actividad marítima de la Cruz Roja, al reconocerse el aspecto positivo que conllevaría la prestación de este tipo de servicio y en especial la repercusión que ello supondría, tanto en el aspecto humanitario como en el normativo.

El informe francés también merece distinguirlo, pues al igual que hiciera la Cruz Roja de Austria, presentaba un acuerdo entre el Comité central de la Cruz Roja francesa y las sociedades de salvamento, únicamente para casos de necesidad. En estos casos, se preveía a través de lo pactado, que la Cruz Roja tendría a su disposición un material que ya existía, así como perfectamente organizado y que alcanzaba, por así decirlo, a todas las costas francesas con una red de embarcaciones listas para socorrer en naufragios<sup>551</sup>. Se reitera lo señalado en el caso de la Cruz Roja de Austria con respecto a la gran trascendencia que este servicio sanitario costero conllevaría desde el

---

<sup>550</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia citada de 1892. Ginebra, 2001-2004.

<sup>551</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia citada de 1892. Ginebra, 2001-2004.

punto de vista humanitario y reglamentario.

También se indicaba la necesidad de la existencia de socorros suministrados por las sociedades. El Comité alemán, aunque coincidía con esta posición, marcaba una diferencia al defender que éstos deberían estar bajo la jurisdicción del mando militar.

Merece también la atención el informe danés y holandés, pues destacaban varios aspectos interesantes: se admitía, como el francés o austriaco, la posibilidad de fletar buques, aunque en este caso de mayor desplazamiento, y se tenía realizado un estudio muy minucioso de las relaciones que deberían existir entre las Sociedades de la Cruz Roja<sup>552</sup>, por un lado, y las autoridades marítimas, por otro. En este estudio, constaba una de las cuestiones que traían en jaque la unidad en el criterio de los diferentes comités y gobiernos, sobre la autoridad a la que debería estar sometido un buque sanitario equipado por una sociedad de socorro, pues en este caso se pronuncia a favor de que estos navíos debían estar enteramente subordinados a las autoridades navales, y consecuentemente, depender de ellas.

Con todo ello, se desprendía una postura que era difícil que en ese periodo fuese compartida, para dar efectividad a una norma ya aprobada, como la de los artículos adicionales, que no estaban vigentes, especialmente por dichos desacuerdos, que era la de instrumentar una nueva normativa que regulase la tan ansiada aplicación del Convenio de Ginebra de 1864 a la guerra marítima.

El Comité de la Cruz Roja italiana preparó un informe

---

<sup>552</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia citada de 1892. Ginebra, 2001-2004.



bastante destacable, porque estudiaba minuciosamente y con los más mínimos detalles, las eventualidades que permitían a la Cruz Roja llevar su misión humanitaria en las guerras marítimas. Este documento, que se podría decir estaba inspirado por los sentimientos más caballerescos, no disimulaba las dificultades de su realización. No obstante, en su estudio deja entrever cómo podrían conciliarse la actividad de la guerra con el derecho humanitario<sup>553</sup>.

La postura de este comité no era otra que, si se quería socorrer a los heridos y a los náufragos en alta mar, no había otra solución que la existencia de un navío de la Cruz Roja que acompañara a la escuadra<sup>554</sup>.

A la vista de lo señalado se desprendía que se daba un resultado más favorable a la intervención de la Cruz Roja en el mar. Este informe también hacía ver que todavía habría notables obstáculos técnicos que debían ser resueltos, pero también que había voluntad para lograrlo.

Esto, aunque pareciera que no se avanzase, sí era un paso más, que acercaba al nacimiento de la regulación del transporte sanitario marítimo en los conflictos armados.

El Sr. Vogüe, de Francia, planteaba varias cuestiones, también de gran interés, como era el caso de si se podía abordar el terreno diplomático, en el sentido de convocarse una nueva Conferencia Diplomática, donde se pudieran aprobar las propuestas normativas sobre la participación de las sociedades de socorro en la guerra marítima; así también proponía que se estudiaran los puntos de derecho

---

<sup>553</sup> Este documento fue redactado por un marino, el vicealmirante Cerruti, conocedor y protagonista en los conflictos bélicos, que había visto la victoria y la tragedia, y especialmente conocía la estrategia técnica y operativa de un buque sanitario, reflejándose su competencia en este tipo de cuestiones. Archivo de documentación del CICR. Conferencia citada de 1892.

<sup>554</sup> Archivo de documentación del CICR Ginebra, 2001-2004. Conferencia citada de Roma de 1892.

marítimo e internacional, y las dificultades de orden militar que conllevase toda esta cuestión<sup>555</sup>.

Para convencerse de la urgencia de una solución, era suficiente preguntarse cómo serían las guerras marítimas. Las guerras del pasado no podían dar ninguna idea sobre las del futuro; la ciencia multiplicaba cada día sus descubrimientos; ponía al servicio de la destrucción medios cada vez más terribles. Sin entrar en los detalles técnicos, era fácil hacerse una idea de los terribles conflictos que preparaba la marina de guerra.

La Conferencia al final aprobó la propuesta de una Convención Diplomática a instancia del Sr. Vogue, de Francia, que tras la propuesta de varios textos presentados por él mismo<sup>556</sup>, el Sr. Barón Mundy<sup>557</sup>, el Sr. Bocca<sup>558</sup> y el Sr. Martens<sup>559</sup>, se resolvió con el texto siguiente:

---

<sup>555</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR. Ginebra, 2001-2004. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma, de 1892.

<sup>556</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma, de 1892: *"La quinta Conferencia de las sociedades de la Cruz Roja desea que las potencias signatarias de la Convención de Ginebra se entiendan para poder extender los beneficios de esta Convención a las guerras marítimas en condiciones y en la medida en que le sean aplicables"*.

<sup>557</sup> Archivo documentación CICR Ginebra 2001-2004: Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma, de 1892: *"Considerando que la cuestión de la marina ya se ha tratado de una manera oficial y diplomática en 1868 en Ginebra por los delegados de los diferentes gobiernos signatarios de la Convención de Ginebra y que el proyecto formulado en aquel momento ya había sido aceptado, como modus vivendi, durante las guerras de 1870-71 y de 1877-78, por las partes beligerantes... (seguiría la proposición del marqués de Vogüe)"*.

<sup>558</sup> Mismo archivo, Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma, de 1892: *"La quinta conferencia internacional de las sociedades de la Cruz Roja hace vivas las instancias a las potencias signatarias de la Convención de Ginebra, a través de la intermediación del Comité internacional, a fin de que la intervención de la Cruz Roja en las guerras marítimas sea reconocida como una consecuencia necesaria de la civilización actual"*.

<sup>559</sup> Mismo archivo, Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma,

*"La Quinta Conferencia Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja expresa el deseo de que las potencias signatarias de la Convención de Ginebra se entiendan para extender los beneficios de esta Convención a las guerras marítimas, en las condiciones y en la medida que les sean aplicables"*<sup>560</sup>.

Por último, y como conclusión de esta Conferencia, era que se deba un nuevo paso hacia una norma consensuada que adaptase a la guerra marítima los principios de la Convención de Ginebra de 1864, y que tuviera validez. Ejemplo de ese optimismo era el hecho del acuerdo que había sido convenido entre la Cruz Roja de Francia, las sociedades de salvamento francesas y el Ministerio de la marina de la República francesa. Cabe preguntarse el porqué del acuerdo, y cuáles eran las razones que lo habían provocado. El hecho es que se tenía el deseo de reconocer, aunque en las aguas territoriales, los socorros sanitarios, y sobre todo por las embarcaciones de sociedades de salvamento, que podían actuar para salvar los náufragos. Este acuerdo, como así afirmaba el Sr. Martens (Rusia), probaba la necesidad de dar un primer paso para reconocer el servicio de la Cruz Roja, no en los combates en alta mar, pero sí en los límites de las aguas territoriales

---

de 1892: *"Considerando la utilidad de los artículos adicionales de Ginebra de 1868, concernientes a la Cruz Roja en tiempos de guerra marítima, ha sido reconocida por todas las potencias signatarias de la Convención de Ginebra de 1864 y que la experiencia muestra que se ha puesto en práctica, la quinta conferencia internacional de las Sociedades de la Cruz Roja emite el deseo de que las potencias signatarias de la Convención de Ginebra se entiendan para extender los beneficios de esta convención a las guerras marítimas, en las condiciones y en la medida que les son aplicables, y atrae la atención particular de las potencias sobre la necesidad de garantizar la inviolabilidad, en tiempos de guerra marítima, de las embarcaciones de las Sociedades de salvamento de náufragos"*.

<sup>560</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia citada de Roma, 1892. Ginebra, 2001-2004.

donde se podía actuar de acuerdo a la Convención de Ginebra de 1864. Por otra parte, era de destacar que todos los acuerdos de este género debían ser puestos bajo la protección de la Conferencia, dándole a este punto una importancia excepcional, y declarando que la Quinta Conferencia de Roma atraía la atención de manera particular de los gobiernos sobre la necesidad de salvaguardar las embarcaciones de las Sociedades de Salvamento.

Respecto a la atribución de competencias de la Conferencia, se acordaba que esta cuestión quedaría dentro de los límites de su competencia y no sería contraria con la Convención de Ginebra, dejando esta adición completamente de lado los artículos adicionales que se referían a la guerra marítima.

En cuanto a los acuerdos entre las sociedades de salvamento y las autoridades marítimas de diversos países, cabe señalar, como apuntaba el Sr. Martens, que tenían una gran importancia internacional, pues eran acuerdos que concernían a países diferentes, reconociendo la Conferencia de Roma la importancia de este hecho. Ello, como antes se expuso, daría lugar a diferenciar a estos barcos de salvamento de los buques hospitales, cuyas formas de participación, aunque complementadas, serán totalmente distintas, teniendo unos objetivos distintos, pero tan importantes como los anteriores, que conllevarían una gran atención no sólo en el inicio de su normalización, sino su desarrollo hasta la actualidad.

**1.1.12) La III Convención de La Haya de 29 de Julio de 1899, sobre la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864.**

**1.1.12.1) Introducción: Antecedentes previos.**

Previamente a 1899, cabría preguntarse ¿por qué hubo 35 años de tiempo de espera desde que se acordó el primer Convenio de Ginebra de 1864, para aprobar unas normas que regulasen la guerra marítima, en especial la protección de los transportes sanitarios en dicho medio?

Este periodo preparatorio, según señalaban los expertos de la época, era necesario; por medio de él se llegó a la fase de la concienciación y la sensibilización<sup>561</sup>.

Después de un sentimiento de voluntad sin orquestar decisiones que produjesen las normas tan deseadas, se debía imponer la necesidad de entrar vigorosamente en el período de la acción, donde se llegase no sólo al fondo de la concesión y la generosidad, sino también de entrar en la acción de soluciones de unos servicios sanitarios perfectamente preparados para intervenir en los conflictos armados.

Se había dicho reiteradamente que el menor conflicto naval podía ocasionar una hecatombe, y se exponía que cuando llegase la hora de la lucha deberían estar preparadas las

---

<sup>561</sup> F. Montalbo. RG Marina abril 1894. Revista General de Marina. Socorro a heridos y náufragos. Tomo XXXIV Págs. 441-463.

fuerzas sanitarias<sup>562</sup>. Había que recordar algunas manifestaciones de los expertos de la época en pro de dichas fuerzas sanitarias navales, señalándose que los ayes de las víctimas, así como la vista de la sangre que corría eran disolventes que no debían nunca servir de espectáculo a los combatientes; y como no se estilaba lanzar los heridos al agua tan pronto como caían, para evitarlo se necesitaba una organización bien adaptada y una aplicación práctica de los socorros y del salvamento<sup>563</sup>.

Las dificultades para procurar el acuerdo de las normas que los combatientes navales demandaban eran innumerables. No obstante, para su solución se pedía que no se demorasen demasiado, ya que eso tendía a un grito de desaliento, y por lo tanto, una manifestación de impotencia. Por ello, se intentaba poner de acuerdo los socorros sanitarios con la táctica naval, preguntándose por qué medios y en qué medida eran aplicables dichos acuerdos a la referida táctica naval.

Para dar respuesta a dicha compatibilidad, se promovió la realización de su estudio general, el cual sufrió una dilatada respuesta. Para conocer cuáles fueron las causas de dicho retraso, es necesario profundizar mediante las diferentes propuestas, líneas de posición y estudios realizados que tuvieron lugar sobre ello.

Comenzando por la evolución de los socorros marítimos, hay que recordar que en aquella época la Marina sufrió una evolución totalmente rápida, y en pocos años fueron modificándose por completo las circunstancias de las

---

<sup>562</sup> Se debe tener en cuenta que antes de la mitad del siglo XIX las bajas en la guerra naval sólo eran la quinta parte de las tripulaciones, según señala Forget, *Medicina Naval*. 1832.

<sup>563</sup> F. Montalbo, obra citada Revista General de Marina.

guerras marítimas. Por otra parte, los medios materiales para el suministro de socorros quedaban indecisos, vagos y confusos, y el conjunto de los esfuerzos realizados estaba más impregnado de un deseo hacia el bien que inspirado por un conocimiento real de los hechos. En presencia, pues, de estos dos términos, incompletamente estudiados, y por consecuencia, mal conocidos, cabría preguntarse ¿cómo era posible establecer una relación duradera?

Por otra parte, era necesario saber qué cuestiones dilataban el acuerdo, especialmente los pretextos de abusos posibles bajo el pabellón de la Cruz Roja y garantías a las condiciones de neutralidad. No obstante, había muchas preguntas que lo relativizaban, como los que a continuación se pasan a señalar: ¿qué se trataba de neutralizar y en qué condiciones?; ¿Cuál sería la parte de los socorros oficiales, de los semioficiales, de los servicios particulares, de tal o cuál sociedad durante las guerras navales?; ¿En qué medida serían posibles, practicables, aceptables, en fin, por los marinos?; ¿En qué medida los técnicos-juristas se ocupan del derecho marítimo?, y ¿En qué medida por los diplomáticos?

Había tantos hechos como dudas. Pues bien, cabía exponer que hasta que se los fijase exactamente no se les podrían atribuir los beneficios de una protección internacional, es decir, no se podían fijar las inmunidades que ella pudiera conferir sin los abusos que no podrían evitar.

Entonces, cabría de nuevo preguntarse ¿qué resultaba de estas premisas?, pues la respuesta llevaría a la existencia de dos problemas, uno técnico (concentración de los medios y su adaptación) y otro de carácter diplomático. Y si el primero no tenía mucha solidez sin el segundo, éste, en

cambio, no daría nada de sí y permanecerá estéril si la parte técnica no estaba maduramente preparada y casi resuelta.

Para los críticos, la cuarta conferencia internacional de Carlsruhe, celebrada en 1887, no imprimió adelanto alguno sensible a la cuestión marítima; recordemos que a propuesta del señor doctor Hyades, representante de Francia, y que después de animadas discusiones, se confió el estudio de ella a los técnicos del Comité Internacional de Ginebra<sup>564</sup>.

Aunque el quinto congreso internacional de Berlín, 1890, no creyó necesario ocuparse sobre este asunto, emitió un voto a favor de lo confirmado en la Conferencia de Carlsruhe, en pro del Comité de Ginebra.

Por otra parte, se alzaban voces en el sentido de que este Comité central carecía realmente de carácter oficial, y esta investidura podría ser discutible. No se aceptaba, en efecto, esos poderes más que con la condición de poder asesorarse con el concurso de de las diferentes sociedades oficiales de socorros establecidas en los diversos países. Así atenuaba los efectos de un procedimiento discutible, legalizándolo, en cierto modo, asociando a su obra de elaboración los Comités de todas las naciones convenidas.

Cabe recordar que se presumía que después de la medida de alta conveniencia, observada en la cuarta conferencia de Carlsruhe (1887), de no haber aludido para nada a los artículos adicionales, los Gobiernos tomarían por sí mismos la iniciativa".

---

<sup>564</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004: Conferencias Internacionales de la Cruz Roja.



El 18 de junio de 1888 se enviaba una circular a todos estos Comités, muy clara y muy explícita, en la cual se les proponía una nueva redacción de los artículos de 1868, invitándoles para que remitieran sus trabajos con tiempo suficiente para que el informe conjunto pudiera estar dispuesto antes de la quinta conferencia, que debía reunirse en Roma en la primavera de 1892<sup>565</sup>.

Limitaba el estudio de las investigaciones a los tres puntos siguientes:

1° ¿Qué papel podrían desempeñar útilmente en las guerras marítimas las sociedades de socorros? -Acción diplomática.  
2° ¿De qué material tendrían necesidad para esto y cómo podrían procurárselo?

3° ¿Qué personal necesitarían y cómo podrían reclutarlo?

Bajo este impulso emprendieron sus trabajos los diferentes Comités y en estas condiciones recibió Ginebra los informes de Alemania, Austria Hungría, Dinamarca, Francia, Italia, Holanda y Rusia.

Estos Comités, independientes unos de otros, llevando cada uno en particular sus miras personales y el espíritu de su nacionalidad respectiva, demostraron todos en el conjunto de los trabajos una singular analogía en las líneas generales; todos estaban inspirados, por lo demás, en ese amor intensivo hacia el bien que impulsa a los hombres cuando quieren socorrer a sus semejantes.

Pero es preciso reconocer también que, a pesar de las ideas que se presentaban, de las que podemos señalar que eran más brillantes cuanto que esos informes se comunicaban a los jefes de las diferentes Marinas y adquirieron por esta

---

<sup>565</sup> Archivo de documentación del CICR. Ginebra, 2001-2004.

circunstancia cierto carácter oficial, ninguna suministró conclusiones cerradas, pues no ofrecían más que datos y documentos<sup>566</sup>.

Los fundamentos de los informes de los distintos Comités se resumen como a continuación se detalla:

Alemania no creía posibles los socorros materiales propuestos por la Cruz Roja, estando inclinada a admitir la intervención de los buques de socorro militares. No obstante, la Cruz Roja creía en la posibilidad de tener a flote un buque de socorro, eso sí, bajo la autoridad militar.

El informe francés señalaba necesarios los socorros suministrados por las sociedades, poniéndolos bajo la jurisdicción de la autoridad militar. Por otra parte, se insiste en los socorros que podría esperarse de las sociedades de salvamento con las que tenía firmados convenios.

Los informes de Dinamarca y Holanda aceptaban la intervención de las sociedades de socorro, pero subordinados a la autoridad naval militar.

El informe italiano, preparado por el Vicealmirante Cerruti, estaba a favor de los socorros por las sociedades, presentando un minucioso estudio de la misión que Cruz Roja debía desempeñar en una guerra marítima.

Se reseñan a continuación aquellas otras cuestiones que también se plantearon:

---

<sup>566</sup> F. Montalbo. Abril 1894. Revista General de Marina, tomo XXXIV págs. 441-463. *Socorro a heridos y naufragos.*

Buques fletados con gran velocidad y amplio sollado, provistos de todos los aparatos de socorros, iluminados con luz eléctrica y arbolando insignias especiales<sup>567</sup>.

Personal reclutado con arreglo a las leyes vigentes en cada país; los hombres de la últimas clases de las reservas podrían firmar enganches eventuales. El papel asignado al personal podría establecerse en tiempos de paz. En caso de enfermedades incurables, las viudas y los huérfanos tendrían derecho a pensiones e indemnizaciones<sup>568</sup>.

En cuanto al informe austrohúngaro, que constituyó un documento realmente especial, cabe manifestar que a pesar de que el Comité de Austria limitara su estudio a las relaciones de las sociedades de la Cruz Roja con los socorros en las guerras marítimas en las aguas territoriales y en sencillas correspondencias con las escuadras, lo ejecutó con un cuidado exquisito, tanto, que puede asegurarse que este fue el trabajo más completo que se publicó en la materia. Se titulaba *Proyecto de reglamento de una ambulancia marítima de la Asociación de socorros de las señoras de la Cruz Roja, de Trieste e Istria*<sup>569</sup>.

En resumen, tras analizar los trabajos presentados, el Comité Internacional opinaba que el debate en la siguiente quinta conferencia de Roma (1892) podría dar un paso decisivo a este problema marítimo, incidiendo:

---

<sup>567</sup> Archivo de documentación del CICR. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma de 1892. Ginebra, 2001-2004.

<sup>568</sup> Archivos de documentación del CICR. Conferencia citada de 1892. Ginebra, 2001-2004.

<sup>569</sup> Federico Montalbo, traducción. Revista General de la Marina, tomo XXXIV. Año Abril 1894. *Socorros a los heridos y a los náufragos en las guerras marítimas*.

1° En la oportunidad de dirigir una moción a las potencias signatarias de la Convención de Ginebra para decidir la conclusión de una inteligencia diplomática.

2° En los medios de socorrer a los heridos y náufragos en las guerras marítimas tomando como base de la discusión las conclusiones de la conferencia de Berlín de 1869.

En estas circunstancias se abrió en Roma el 22 de abril de 1892, la Conferencia Internacional de la Cruz Roja, y en la sala de los Horacios del antiguo monumento del Capitolio, el congreso de las Sociedades de socorros a los heridos de las guerras, bajo la presidencia del senador Conde de la Somaglia<sup>570</sup>, quien dirigió personalmente los debates con gran imparcialidad y distinción<sup>571</sup>.

El mismo día se nombró una Comisión, compuesta de diez individuos, representantes de todas las potencias marítimas, la cual se reunió en el acto para preparar los trabajos necesarios para la sesión del día siguiente. Pero pronto se apreció, por la marcha que tomaron las actuaciones, que éstas no conducirían a ninguna solución práctica. Exposiciones adornadas con fórmulas corteses, que producían siempre el mismo efecto en hombres con falta de

---

<sup>570</sup> Federico Montalbo, traducción. Obra citada.

<sup>571</sup> De su discurso, pronunciado en francés, se toma este pasaje que estaba lleno de optimismo: "Muchos son los puntos de estudio que han de ser sometidos a vuestro examen; pero creo que dos de entre ellos reúnen una importancia excepcional, porque su solución está llamada a marcar un progreso inmenso en los cuidados que deben prodigarse a los heridos en tiempo de guerra. El primero se refiere a la actividad de la Cruz Roja en las guerras marítimas. Esta cuestión, tan difícil como complicada, ha sido ya diferida dos veces para conferencias sucesivas, tal vez por falta de preparación. Hoy vuelve a nosotros en condiciones mucho más favorables, porque nos la presentan los Comités centrales más autorizados y viene acompañada de un luminoso informe del Comité internacional. Abrigo, por lo tanto, la esperanza de que se hallará una solución en esta conferencia, y de ello me enorgullecería como italiano, ya que nuestra península tiene una gran extensión de costa bañada por el mar." Federico Montalbo. Traducción. Obra citada.

preparación para responder con palabras concretas, bastaron para moderar a los más convencidos de la necesidad de obrar, y todo terminó por unanimidad con la adopción de un voto diplomático, formulado de modo bastante elástico para que las diferentes naciones pudieran dar la mayor amplitud a sus acuerdos<sup>572</sup>.

En la sesión del día siguiente, el profesor Sr. D'Espine, delegado del Comité Internacional de Ginebra, ponente de la Comisión, y al que volvemos a recordar, presentó, en términos de gran tensión, el resumen de los trabajos encomendados por los diversos Comités que ya se habían citado.

Después, el Sr. Marqués de Vogüé, en un gran discurso, hizo resaltar de nuevo la urgencia de una solución; evocó los principios humanitarios, resumió las ideas que constituían el fondo del dictamen francés, la necesidad de la intervención de las sociedades en las guerras navales, y concluyó, como la comisión de la víspera, enunciando el voto reproducido anteriormente.

No obstante esta postura tan favorable del deseo latente que desde hacía veinticinco años se venía solicitando, no era más que el prólogo del trabajo que tocaba desarrollar al Congreso, y que limitando a un voto su intervención, no sacaba el asunto de los dominios de la teoría. Muchos Estados, más o menos convencidos de la posibilidad de una acción eficaz de la Cruz Roja en la mar protestaron

---

<sup>572</sup> Recordemos su exposición: "La quinta conferencia de las Sociedades de la Cruz Roja emite el voto de que las potencias signatarias de la Convención de Ginebra se pongan de acuerdo para hacer extensivo a las guerras marítimas los beneficios de esta Convención en las condiciones y en la medida que les sean aplicables." Archivo de documentación del CICR, Ginebra 2001-2004. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma, 1892.

tímidamente, o al menos manifestaron el deseo de una acentuación más marcada hacia la práctica. El señor de Martens, representante de Rusia, a quien también se vuelve a recordar, se levantó para pedir que "no se limitara la acción a someter a las potencias el voto unánime de la conferencia de Roma, sino que se les recordara, además, que la cuestión había sido discutida en muchas conferencias y que los gobiernos tenían a su disposición gran copia de materiales para que este voto fuese una realidad", e insistió especialmente sobre la utilidad que reportaría señalar en las conclusiones el acuerdo existente entre las Sociedades francesas de salvamento y el Ministerio de Marina de la República<sup>573</sup>.

El doctor Bocca, representante de Italia, encontró también que la proposición no estaba redactada en una forma bastante decisiva e insistió vivamente en que el texto de aquélla "impusiera la intervención de la Cruz Roja en las guerras marítimas, como consecuencia necesaria de la civilización actual".

El barón de Mundy, médico de las ambulancias de la orden de Malta, reclamaba vivamente una postura más terminante, apoyándose en "que ya se había tratado y estudiado hacía más de veinticinco años; que los Gobiernos ya la conocían suficientemente; que parecían esperar un nuevo estímulo y que la convocatoria tenía que llevar a efecto lo que era un clamor; que se habían admitido ya en principio, con escasas modificaciones, los artículos adicionales, y que si éstos se habían quedado obsoletos, pues era el Congreso quien debería actualizarlos; que sin esto el voto diplomático sería sólo una declaración de intenciones, cuyo resultado

---

<sup>573</sup> Federico Montalbo, 1894. Obra citada.

se vaticinaba incierto"<sup>574</sup>.

En conclusión, los esfuerzos para desarrollar las ideas sobre los socorros en las guerras de alta mar quedaron sin la fuerza esperada, y todo quedó reducido al voto diplomático; y aunque se puede decir que esta circunstancia no era del todo mala, no obstante, se consideraba insuficiente<sup>575</sup>.

En 1894 no era ya el Comité central el encargado de continuar estos trabajos acerca de la Cruz Roja marítima, pues se encargó este cometido al Comité italiano.

Varias fueron las causas de que estos trabajos quedaran incompletos. La principal de ellas era que se mantenía en proceder por petición de principios. No se podía confundir ni mezclar la parte diplomática del asunto con la militar y la técnica, como así fue.

Se podía constatar que los representantes de las diferentes naciones podrían reunirse todo el tiempo que se necesitase, pero sin ningún resultado, pues mientras no se realizase un trabajo de perfección crítica de los documentos presentados, seguido de otro bien esquematizado, no se podía presentar a un congreso que siempre carecería de tiempo suficiente para profundizar en su estudio y aquilatar las cuestiones de detalle.

La Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma pudo ser una gran oportunidad para concluir con un buen resultado. Por tanto, había que buscar dónde estaban los

---

<sup>574</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma, de 1892.

<sup>575</sup> Federico Montalbo, 1894, obra citada.

problemas para poderlos resolver, y ello llevaba a la respuesta de la distribución del trabajo, desde el momento en que éstos presentaban múltiples fases, y para su solución se proponía la siguiente clasificación:

1° Socorros en tierra a los heridos de las guerras marítimas.

2° Socorros en aguas territoriales a los heridos y náufragos.

3° Comunicación de los socorros de tierra con las escuadras de alta mar.

4° Socorros a los combatientes de alta mar.

5° Socorros a bordo de los buques de guerra.

6° Socorros en las guerras lejanas y coloniales.

Sólo después de haber estudiado particularmente cada una de estas fases sería posible conceder o negar a unas y otras el beneficio de los socorros sanitarios y saber cuáles les serían aplicables<sup>576</sup>.

Pero se precisaba, sobre todo, fijar la atención sobre las costas de los países en guerra, pues era en ellas donde casi se tenía el escenario de las luchas y de las guerras en esa época.

Tras la Conferencia de Roma se daban pasos largos pero firmes para que pudiese conseguirse la ansiada protección de los socorros en los conflictos armados en el mar.

Habría que esperar a la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Viena, en 1897, así como los conflictos bélicos de la guerra chino-japonesa de 1894, e hispano-norteamericana de 1898, para que produjera el espaldarazo

---

<sup>576</sup> Federico Montalbo. Traducción, obra citada, 1894.



para promoverse en 1899 la primera regulación en la historia sobre los socorros en la guerra marítima.

#### **1.1.12.2) La Guerra Chino-Japonesa de 1894:**

La guerra chino-japonesa de 1894 se desarrolló muy lejos de Europa, e implicó importantes operaciones navales. Paralizadas por la larga distancia, las Sociedades neutrales de la Cruz Roja apenas pudieron intervenir.

El Comité Internacional, aunque no pudo abrir agencias, se mantuvo en estrecho contacto con las sociedades que trabajaban en los campos de batalla y completó su información por todos los medios disponibles. Ello le serviría para poder así intervenir con conocimiento de causa cuando llegara el momento, para el legislador internacional, de proseguir la codificación del derecho de la guerra marítima<sup>577</sup>.

Desde el punto de vista de la Cruz Roja, la guerra chino-japonesa de 1894 recuerda la guerra austro-prusiana de 1866. China, como Austria, no se había adherido al Convenio de Ginebra y no tenía una Sociedad de Socorro a los Heridos. Japón, como Prusia veintiocho años antes, estaba, en cambio, a la vanguardia de todo un continente.

En Seúl, algunos europeos, asombrados por la casi total inexistencia del Servicio Sanitario chino, trataron de formar una "Sociedad de la Cruz Roja de Corea", pero, lejos de animarlos a proseguir sus esfuerzos, el Comité Internacional los disuadió de ello<sup>578</sup>.

---

<sup>577</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>578</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

Cabe señalar que China no era signataria del Convenio de Ginebra y por tanto no se podía reconocer oficialmente a la sociedad de socorro.

Por el contrario, en Japón la situación era completamente diferente. Ya en 1874 Japón promulgó un reglamento militar moderno, inspirado en el Convenio de Ginebra y en los trabajos de la Conferencia de Bruselas. Doce años más tarde (1886), estimando que el ejército había experimentado las transformaciones necesarias, el Gobierno japonés dio su adhesión al Convenio de Ginebra<sup>579</sup>.

En 1894, antes incluso de que comenzaran las hostilidades contra China, se tomaron todas las medidas necesarias para que cada soldado conociera cómo debía comportarse con los heridos y prisioneros enemigos. Esas cuestiones se aplicaron al pie de la letra en el combate.

La Sociedad Japonesa de la Cruz Roja, que fue reconocida en 1887 por el Comité Internacional, estaba lista para cumplir su cometido.

La Cruz Roja japonesa, como hicieran las Sociedades europeas, también quería participar en la evacuación de los heridos. Pero tenía un gran problema, necesitaban barcos y la Sociedad Nipona no tenía tiempo para adquirirlos.

Prestó, por lo tanto, sus servicios a bordo de los barcos de guerra y de transporte de la Marina japonesa, casi todos los cuales dispondrían pronto de un médico y de enfermeros de la Sociedad de Socorro.

Desde la destrucción de la flota turca en la bahía de Navarino, en 1827, ninguna acción naval igualó en violencia

---

<sup>579</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

a las batallas de Yalú<sup>580</sup> y de Uei-hai-uei, ganadas por los japoneses el 17 de septiembre de 1894 y el 12 de febrero de 1895 y de las cuales se extrajeron enseñanzas totalmente nuevas.

La guerra chino-japonesa cambió la estrategia de los combates navales hasta ese momento; ya no era el objeto principal poseer un gran espolón o torpedos infalibles. Cabe señalar que en el crucero japonés Matsushima compuesto de 4.277 hombres, buque insignia del Almirante Ito, quedaron 120 personas fuera de combate de los 400 tripulantes, es decir, el 30%.

El arma de la victoria fue, esta vez, el cañón de poco calibre, que alcanzaba al adversario en el punto débil: el puente. Estos cañones de 10 a 15 centímetros, que efectuaban diez disparos por minuto, enviaban una lluvia de proyectiles que deshacían las superestructuras, penetraban en el interior del navío, provocaban incendios, estallaban en la sala de máquinas y causaban un considerable número de muertos y heridos. En el Matsushima, la granada de 30,5 cm. que penetró dentro de la batería llevó a efecto la explosión del repuesto de municiones que estaba contigua a aquélla, ocasionando cien bajas, treinta muertos y setenta heridos. Otra explosión de similares características, en la enfermería del buque Heiyei produjo cuarenta bajas, catorce muertos y dieciséis heridos, y ocasionó las muertes de los dos médicos, matando o hiriendo absolutamente a todo el

---

<sup>580</sup> En esta batalla, que duró cinco horas escasas, la Armada china tuvo un total de 1.200 bajas (740 ahogados y 460 entre los 190 heridos y 270 muertos) de un contingente de 2.680 hombres, es decir, el 23,7% de bajas, mientras que la Armada japonesa compuesta por 3.211 hombres, sólo tuvo 254 bajas entre 94 muertos y 160 heridos, que suponían el 8% del total -58,7% muertos-. F. Montalbo. Informe "De los servicios sanitarios y de los heridos a bordo en las guerras marítimas contemporáneas". 1898. 26 de julio. Archivo-Museo D. Álvaro de Bazán, Sección Sanidad. Leg° n° 2900/14. Armada Española. El Viso del Marqués. Ciudad Real.

personal sanitario<sup>581</sup>. Los barcos chinos terminaban a la deriva en el mar Amarillo convertidos en infiernos flotantes<sup>582</sup>. Era sorprendente la expresión de las caras de los oficiales de las marinas extranjeras, que vieron llegar al puerto de Wei-hai-we, los restos de la escuadra china después de la batalla de Yalú, pues aquellos buques parecían procedentes de un tremendo naufragio, "sus cubiertas desaparecieron bajo un montón indescriptible de jarcias, de astillas y de restos humanos mutilados e informes, y la sangre salpicaba hasta lo alto de las chimeneas que aún quedaban". La gente del servicio de cubierta había sido materialmente destrozada<sup>583</sup>.

La Cruz Roja ya no debía prepararse sólo para recoger a los náufragos, sino que también era necesario asistir al gran número de heridos y disponer, para ello, de barcos hospitales.

Pero la duda persistía. Los buques hospitales no tenían todavía el beneficio de la protección como las ambulancias terrestres; entonces habría que preguntarse qué riesgo se correría en un combate naval. Había que tener en cuenta que todavía no se había acordado el Convenio que la Cruz Roja pedía desde 1868.

No obstante, se estaba cerca, por desgracia, de un nuevo acontecimiento bélico, que impulsaría a esa deseada

---

<sup>581</sup> Juan Redondo, primer médico de la Armada. Revista General de la Marina, tomo LIII, 1908, páginas 38-55.

<sup>582</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>583</sup> F. Rho. Y moderni criteri sul servizio sanitario mei combattimentis navali. Roma 1898. Esta documentación la refiere Federico Montalbo en el Informe sobre los servicios sanitarios y de los heridos a bordo en las guerras marítimas contemporáneas. 1898. 26 julio. Archivo-Museo Don Álvaro de Bazán. Sección Sanidad. Leg.nº 2900/14. Armada Española. El Viso del Marqués. Ciudad Real.

regulación, que tuviera validez, como fue la guerra hispano-norteamericana de 1898.

**1.1.12.3) La VI Conferencia Internacional de La Cruz Roja de Viena de 1897:**

Esta Conferencia previa a la de 1899, no incluye ninguna cuestión expresamente relacionada con la guerra marítima, no obstante es de interés traerla a colación ya que se trató de algo fundamental para la Cruz Roja, que tendría una repercusión para con su objetivo, como era el de la protección de las víctimas, de los transportes sanitarios..., pues introduce el tema del signo protector de la Cruz Roja, que aunque en un principio solo tuviera ubicación en los transportes sanitarios terrestres, posteriormente tendrían cabida en el ámbito marítimo primero y aéreo después.

Una de las preocupaciones más constantes del Comité era la defensa del signo de la Cruz Roja, emblema a la vez de la Institución de la Cruz Roja y de los Servicios Sanitarios de los ejércitos. En muchas partes, los comerciantes se apropiaron del emblema. Se preguntaba cómo proteger el nombre y el emblema de la cruz roja<sup>584</sup>.

En 1888, el Comité abrió una primera encuesta y un concurso. Solicitó a todos los Comités Centrales que le informasen de cuál era la legislación de su país en la materia. Tres años más tarde, el Comité efectuó una segunda encuesta. El profesor Alfred Gautier anunció los resultados de ésta en la Conferencia de Roma de 1892: sólo dos países, Bélgica y Hungría, habían promulgado disposiciones especiales para prohibir y reprimir los abusos del emblema de la cruz roja. En Grecia y en Rusia, las leyes ya en

---

<sup>584</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

vigor debían permitir que se garantizara el respeto del emblema. En los restantes países no estaba protegido. La historia había demostrado que cuando el signo de la cruz roja era enarbolado sin derecho, por individuos sin escrúpulos o por ignorantes, todo el mecanismo del Convenio corría peligro. Esa fue la advertencia que el Comité dirigió a los delegados reunidos en Roma<sup>585</sup>.

Por otra parte, se reseñan otras cuestiones por su repercusión tanto en el ámbito histórico como en el aspecto legal imperativo.

En 1890, la Cruz Roja recibió con pesar la noticia de la muerte de la Emperatriz Augusta, quien nunca dejó de mostrar su afecto por la causa de los heridos de guerra. El profesor Longmore, uno de los pilares de la Sociedad Británica, invitó al Comité Internacional a que tomara la iniciativa de una gran fundación conmemorativa del papel desempeñado por la Emperatriz en la obra de la Cruz Roja<sup>586</sup>.

La Conferencia de Viena aprobó el Reglamento para las Conferencias Internacionales de las Asociaciones de la Cruz Roja, llegando a introducir el siguiente artículo, que hoy resultaría inconcebible: "La Asamblea no podría examinar ninguna propuesta tendente a cuestionar el Convenio de Ginebra"<sup>587</sup>.

---

<sup>585</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004. Conferencias Internacionales de Roma 1892, y Viena 1897.

<sup>586</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>587</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004. Conferencia Internacional de Viena 1897.

**1.1.12.4) La Guerra Hispano-Norteamericana (Cuba y Filipinas) de 1898.**

El 15 de febrero de 1898, al anochecer tuvo lugar en La Habana la explosión del Maine, crucero norteamericano anclado en el puerto. Parecía apuntar a que había sido un barco español, cuestión que nunca se supo confirmar, pero que conllevó a aumentar la tensión entre Estados Unidos y España. Algunos días más tarde, el 20 de abril, Estados Unidos exigió la salida de las tropas españolas e inició las hostilidades, que se desarrollaron por tierra y por mar.

El Comité Internacional, el 29 de febrero, ante la inminencia de combates marítimos, había solicitado al presidente de la Confederación Suiza que instara a España y a Estados Unidos a que pusieran en vigor, a manera de *modus vivendi*, los artículos adicionales de 1868. Esta gestión dio sus resultados, asumiendo las partes beligerantes este compromiso<sup>588</sup>.

Llamaba la atención que una primera reglamentación, referente a la aplicación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 1864, y que regula los transportes sanitarios en el mar, no tuviera aplicación legal, por no ser válida al no haberse ratificado, y en cambio se llevase a efecto su cumplimiento, como es este caso y otros que anteriormente se reverenciaban, lo cual demostraba la necesidad de que existiese una norma válida que lo reglamentase, y no estar dependiendo de la buena voluntad de los beligerantes, que acordasen formas de actuación en dicho ámbito.

---

<sup>588</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

Las consecuencias prácticas de ese acuerdo fueron inmediatas. En primer lugar, tuvo la presencia de un barco hospital de 42 pies, que llevaba el pabellón de la Cruz Roja junto al de Estados Unidos, así como en el caso se divisaba la franja roja sobre fondo blanco. Eran los colores que prescribía el décimo-tercer artículo adicional para los buques-hospitales equipados por sociedades de socorro<sup>589</sup>.

Este barco, llamado "Moynier", de 50 toneladas de material y con capacidad para 50 personas, pertenecía a la Cruz Roja de Estados Unidos.

Después aparecieron otros dos barcos hospitales de la Cruz Roja Norteamericana de mayor tonelaje, el *Cruz Roja* y el *Estado de Texas*. Esta flotilla pudo hacerse a la mar sin riesgos, puesto que los barcos que la componían serían "considerados como neutrales, así como todo su personal" y serían "respetados y protegidos por los beligerantes"<sup>590</sup>.

Por parte de la Cruz Roja Española, se debe señalar que también quería comprometerse a cumplir con lo preceptuado en los Artículos adicionales. El 25 de abril, el secretario general del Comité Central de Madrid informó al Comité Internacional que la Asamblea estaba organizando una ambulancia marítima. Era la primera vez que la Cruz Roja Española intervendría en una guerra internacional contra una Potencia que se había adherido asimismo al Convenio de Ginebra<sup>591</sup>.

Unos meses más tarde, la Cruz Roja Española reconocía la imposibilidad de realizar el proyecto de ambulancia

---

<sup>589</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>590</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>591</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.



marítima. No obstante, cuatro unidades transformadas en buques hospitales militares (*Alicante, Montserrat, San Ignacio de Loyola e Isla de Luzón*<sup>592</sup>), cruzaron el Atlántico para hacerse cargo de las bajas de españoles, aunque estos barcos no llegaron a participar en las operaciones navales. Ello demostraba que las sociedades de socorro tenían muchas dificultades para fletar y organizar buques hospitales, al contrario que los gobiernos que, a través de su operativo militar, podían realizar transformaciones de buques de guerra en buques hospitales, como en el caso que se reseña.

Por otra parte, la otra Colonia española de Filipinas estaba envuelta en conflicto armado, promovido por los rebeldes del lugar, habiendo sufrido ya varias derrotas el ejército español, cuestión que aprovechó Estados Unidos para apoderarse del archipiélago y en particular de Luzón.

La escuadra española del almirante Montojo, compuesta de viejos barcos, la mayoría de madera, armados con cañones de otra época, estaba anclada al fondo de la bahía de Manila. Como el canal que conducía a la bahía no estaba minado, la escuadra norteamericana entró en ella la noche del 1 de mayo. Por la mañana, a una distancia de dos kilómetros, maniobró varias veces paralelamente a la línea enemiga, que destruyó con unos 3.000 disparos de sus cañones de tiro rápido<sup>593</sup>.

Volviendo a Cuba, el 3 de julio la escuadra española, al mando del almirante Cervera, salió del puerto de Santiago de Cuba para entablar combate con la norteamericana, a sabiendas de la imposibilidad de alcanzar con éxito la bocana que no permitía la salida de buques más que de uno

---

<sup>592</sup> José M. Torres Medina: "Los barcos hospitales en la Compañía de Cuba". Revista de Historia Militar. Madrid, 1970, nº 14, pág. 161-

<sup>593</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

en uno. El almirante norteamericano Sampson sólo tenía que esperar la llegada de cada buque para proceder a enviar una lluvia de proyectiles para hundirles. Los seis buques españoles, 4 cruceros y dos destructores, fueron hundidos, y otros encallaron en la costa cercana, por las fuerzas estadounidenses que comprendían cuatro acorazados, dos cruceros y un cañonero<sup>594</sup>.

También cabe reseñar la participación de otros buques hospitales norteamericanos existentes en la zona, donde fueron trasladados los heridos, como el "Olivette" y el "Solace"<sup>595</sup>.

En Santiago de Cuba, como ante Cavite, en la bahía de Manila, las pérdidas norteamericanas fueron mínimas: algunos daños ligeros, un muerto y dos heridos. Los españoles, por su parte, tuvieron 350 muertos o ahogados y 160 heridos. Los 1.370 hombres restantes fueron hechos prisioneros de guerra<sup>596</sup>.

A la vista de las citadas experiencias bélicas, se desprende que los buques de guerra serían puestos fuera de combate mediante el aniquilamiento de su tripulación antes de que la artillería les hundiese, de acuerdo con el estudio *"Effect of the gun fire of the United States vessels in the battle of Manila Bay"*, del teniente Ellicott.

El 10 de diciembre de 1898, el Tratado de París puso fin a las hostilidades entre España y Estados Unidos. No estaba lejos el año 1899, fecha en la que tendrían lugar las

---

<sup>594</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>595</sup> José M. Torres Medina: "Los barcos hospitales en la Compañía de Cuba". Revista de Historia Militar. Madrid, 1970, nº 14, pág. 161.

<sup>596</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

ansiadas disposiciones que conseguirían definitivamente que los principios del Convenio de Ginebra de 1864 fuesen adaptados a la guerra marítima.

**1.1.12.5) La Primera Conferencia de la Paz de La Haya de 1899, y el Convenio III para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra de 1864.**

Esta Primera Conferencia de la Paz fue convocada por el Zar de Rusia y celebrada en La Haya durante los días 18 de mayo y 29 de junio de 1899, la cual no tenía precedentes. Por primera vez en la historia, se reunían los representantes de 26 Estados para debatir grandes problemas de interés general. El acontecimiento era a la medida de un mundo que se había, a la vez, dilatado, por la entrada en escena de nuevos países, y encogido, debido a las conquistas de la técnica. En ésta Conferencia se aprobaron tres Convenciones y tres Declaraciones.

Su primera tarea, el objetivo esencial de la Conferencia, debía ser frenar el aumento de los efectivos y de los presupuestos militares. Prohibió el lanzamiento de proyectiles y de explosivos desde globos, el empleo de proyectiles que esparcieran gases asfixiantes o deletéreos, y el uso de balas que se hinchasen o se aplastasen en el cuerpo humano.

El Zar de Rusia propuso como uno de los objetivos de la citada primera Conferencia de la Paz, la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864, llevándose a efecto lo intentado en los acuerdos de 1868, a la citada III Convención aprobada en dicha Conferencia, referida a la

adaptación a la guerra marítima. Ésta sería su labor más significativa y útil. Este texto normativo dispuso de 14 artículos y fue la primera reglamentación que trató sobre la guerra marítima que entró en vigor, en el que se recogerían especialmente las cuestiones relativas a los buques hospitales militares, de sociedades de socorro y particulares, estableciéndose que serían respetados y exentos de captura, definiéndose sus distintivos de protección y la situación de los prisioneros de guerra, los náufragos, los heridos, el personal médico, enfermero y religioso de todo barco capturado.

Los autores de los Artículos adicionales de 1868 habían fracasado en un punto capital. Habían admitido que los barcos hospitales militares quedaran sometidos a las leyes de la guerra, y se convirtieran en propiedad del que los capturase<sup>597</sup>.

La Haya no cometió ese error. En el artículo 1 del Convenio de Ginebra se había establecido que las ambulancias y los hospitales militares serían reconocidos neutrales y, como tales, protegidos y respetados por los beligerantes. Ese mismo estatuto se concedió a todos los barcos hospitales, que serían respetados y no podrían apresarse. El artículo 1 de la III de La Haya de 1899, señalaba que "los barcos hospitales militares, esto es, los barcos construidos o adaptados por los Estados especial y únicamente para socorrer a los heridos, enfermos y náufragos, y cuyos nombres hubieran sido comunicados a las potencias beligerantes al empezar las hostilidades o durante el curso de éstas, y en todo caso antes de haberlos utilizado, serán

---

<sup>597</sup> Art. 9º de los artículos adicionales de 1868: "Las embarcaciones hospital militares quedan sometidas a la ley de la guerra, en los concerniente a su material, devienen propiedad del captor, pero esto no podrá apartarlos de su afectación especial durante la duración de la guerra".

respetados y no podrán apresarse durante el periodo de hostilidades. Dichos buques no estarán tampoco asimilados a los de guerra en lo que respecta a su permanencia en un puerto neutral”.

El Convenio de Ginebra proclamaba la neutralidad del personal sanitario<sup>598</sup>. Lo mismo se aplicaría en el mar; el art. 7º de la III Convención de 1899 señala que el personal religioso, médico y de enfermeros de todo barco capturado (es decir, el personal a bordo de un barco de guerra) sería inviolable y no podría ser hecho prisionero de guerra. Dicho personal continuaría desempeñando sus funciones mientras fuese necesario y podría retirarse cuando el comandante en jefe lo juzgase posible.

El paralelismo, como vemos, es perfecto, y el tratado suscrito el 29 de julio de 1899 en La Haya bien merece el nombre de *Convenio para la adaptación de la guerra marítima a los principios del Convenio de Ginebra del 22 de agosto de 1864*.

Pero cabe señalar también que los barcos hospitales a los que se refería el Convenio de La Haya eran de tres tipos. Había primeramente los barcos hospitales militares, que pertenecían a los Estados (art. 1). Pero no eran los únicos que se beneficiaban de la neutralidad. Ese privilegio, de acuerdo con el art. 2, se extendía a los barcos hospitales equipados, en todo o en parte, a expensas de particulares o por las Sociedades debidamente reconocidas, incluyéndose las de los países neutrales (art. 3). ¿Qué Sociedades eran

---

<sup>598</sup> El art. 2º del Convenio de Ginebra de 1864, para mejorar la suerte de los militares heridos en campaña, señalaba que el personal de los hospitales y de las ambulancias, incluso la intendencia, los servicios de sanidad, de administración, de transportes de heridos, así como los capellanes, participarán del beneficio de la neutralidad cuando ejerzan sus funciones y mientras haya heridos que recoger y socorrer.

ésas? Se trataba, en esta ocasión, de las Sociedades de la Cruz Roja, que fueron mencionadas por primera vez en un tratado internacional.

Este reconocimiento oficial se debió en parte a que algunas de las personas más activas en la Conferencia, Martens, Louis Renault, Thaulow y Édouard Odier, no sólo eran diplomáticos, sino también miembros de la Cruz Roja. Habían asistido a las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja y sabían, por experiencia, que se podía confiar en las Sociedades Nacionales y que su labor en el mar sería tan eficaz como en tierra<sup>599</sup>.

Los barcos protegidos por la neutralidad, tanto si eran militares como si pertenecían a Sociedades de Socorro, debían poder ser distinguidos a la mayor distancia posible por colores específicos. Inspirándose en los Artículos adicionales de 1868, la Conferencia de La Haya decidió que los barcos hospitales militares, de acuerdo con su artículo 5, párrafo primero, tendrían una pintura exterior blanca con una banda horizontal verde de un metro y medio aproximadamente de ancho, y los barcos de las Sociedades de Socorro, según el artículo 5, párrafo segundo, serían blancos con una banda horizontal roja, también de un metro y medio de ancho aproximadamente.

Los Artículos adicionales también puntualizaban que todos los barcos neutrales enarbolaran, junto a su pabellón nacional, una bandera blanca con cruz roja. Este último punto motivó un acalorado debate en La Haya. Como Moynier había previsto, no todos deseaban la unidad del signo. Turquía pidió poder enarbolar la media luna, Persia un sol y Siam una llama roja, símbolo del culto budista. Para

---

<sup>599</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

tratar de poner a todos de acuerdo, el capitán Mahan, de la delegación norteamericana, propuso que se adoptara un nuevo emblema, totalmente desprovisto de significado religioso. Pero, también en este punto, Édouard Odier defendió el *statu quo*. Recordó que la Conferencia había recibido el cometido de extender las disposiciones del Convenio de Ginebra a la guerra marítima. Ahora bien, en el Convenio sólo se hablaba de la cruz roja; había, pues, que atenerse a eso. La Asamblea le dio la razón y decidió que todos los barcos hospitales se dieran a conocer izando, con su pabellón nacional, el blanco con cruz roja (art. 5º, párrafo 4º)<sup>600</sup>.

Cabe destacar en esta nueva normativa, la referencia en el artículo 5, párrafo tercero, sobre las lanchas de salvamento que puedan disponer los buques hospitales (no militares) así como de aquellas pequeñas embarcaciones relacionadas con el servicio hospitalario, como era el caso de los barcos de salvamento, que también se distinguirían por una pintura análoga a aquellos buques, es decir, pintura exterior blanca con una banda horizontal roja. Y aunque no se señala expresamente que gozarían de la misma protección de neutralidad, se entiende por el orden y contenido del articulado que también les debía corresponder.

Por otra parte, de acuerdo con el artículo 6º, los barcos de comercio, neutrales y de recreo, que lleven o recojan heridos, enfermos y náufragos de los beligerantes, disfrutarán también del mismo derecho de la protección de neutralidad, ya que no podrán ser capturados por el hecho del transporte de los mismos.

---

<sup>600</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

Por último, en relación con los marinos y militares embarcados que estén heridos o enfermos, sea cual fuere su nacionalidad, el artículo 8º señala que deberán ser cuidados y protegidos por los que los hubiesen capturado, y el artículo 9, que el beligerante que tenga náufragos, heridos o enfermos en condición de prisioneros de guerra, les corresponderá decidir si le conviene conservarlos en su poder, enviarlos a un puerto de su nación, a uno neutral y hasta a uno del adversario, pero en este caso, los prisioneros devueltos no podrían volver al servicio mientras durase la guerra<sup>601</sup>.

Esta Convención, que entró en vigor el 4 de septiembre de 1900, fue reemplazada por la Convención X de La Haya, de 18 de octubre de 1907, y actualmente no está en vigor.

1.1.13) Declaración de La Haya, de 29 de julio de 1899, relativa al lanzamiento de proyectiles y explosivos desde lo alto de globos o por medios análogos nuevos.

Se reseña esta Declaración por cuanto que fue la primera vez que se reguló una materia relacionada con cuestiones correspondientes con la guerra en el aire. No trataba el tema del transporte sanitario a través de los globos, aunque ya se estaba realizando en la práctica. Habría que esperar todavía bastantes años para que tuviese lugar la

---

<sup>601</sup> Archivos de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, 2001-2004.



regulación del transporte sanitario aéreo en los conflictos armados.

La prohibición de utilizar globos para lanzar proyectiles fue considerada como uno de los temas a tratar en la Primera Conferencia de Paz de La Haya. La vigencia de esta Declaración estaba prevista por cinco años, por lo que su aplicabilidad se produjo desde el 4 de septiembre de 1900 al 4 de septiembre de 1905. En esta ocasión la prohibición se asume por cinco años (hasta el 4 de septiembre de 1905). Con posterioridad una Declaración similar se hizo en la Conferencia de la Paz de La Haya de 1907<sup>602</sup>.

## **1.2) SEGUNDA FASE (1900-1907):**

Esta parte se inicia con la Conferencia de La Haya de 1904, relativa a los buques-hospitales, en la que se acuerda aprobar la exención del pago de los derechos y tasas de los países beligerantes, como neutrales, en los puertos de las partes contratantes. También es trascendente esta Conferencia, pues en el texto normativo internacional se incluye por primera vez la denominación de "Cruz Roja" como obra de socorro a los heridos.

En esta fase se recoge la guerra Ruso-Japonesa de 1904-1905, cuyo acontecimiento, especialmente en el teatro de la guerra naval fue de gran importancia y repercusión para los

---

<sup>602</sup> Archivos de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, 2001-2004.

posteriores texto normativos sobre la guerra marítima y en especial del transporte sanitario en dicho medio.

Después se reseña la Conferencia Diplomática de 1906, donde se aprueba el Convenio de Ginebra del mismo año, sobre "el mejoramiento de la condición de heridos y enfermos de los ejércitos" que reemplazó a la de 1864, y que estuvo vigente hasta 1970, obteniéndose un texto más completo y detallado. Aunque no contuviese cuestiones expresamente relacionadas al transporte sanitario marítimo y aéreo, se viene a relacionar por ser la norma que serviría de inspiración a los textos que posteriormente trataran sobre dichas materias. Hay que destacar que en este texto se recogen por primera vez el reconocimiento expreso de las sociedades voluntarias de socorro. Por otra parte, se aprobó que el signo de la Cruz Roja se mantenía como emblema y signo distintivo del servicio sanitario de los ejércitos, y también que podía disponerse del uso de las armas por el personal de las ambulancias a los efectos de su defensa y de sus heridos, cuestión que asumirían las posteriores Convenciones relacionadas con la guerra marítima (X Convención, de 1907 y II Convenio, de 1949).

Tras la referida Convención de 1906, se pasa a examinar a la VIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1907, de Londres, celebrada del 10 al 15 de junio, en la que se trata de la guerra marítima y, en especial, el papel de la Cruz Roja en este conflicto. Se destacan los acuerdos de la Cruz Roja japonesa con las sociedades de navegación, para la construcción de buques hospitales.

Posteriormente se relaciona la II Conferencia de la Paz de La Haya de 1907, la cual va a tener una gran trascendencia vital para la regulación de la guerra marítima y

especialmente para el transporte sanitario marítimo, pues de la misma resultarían trece Convenios y una Declaración. Excluyendo los tres primeros, que no contenían cuestiones relativas al campo del derecho de los Conflictos Armados, se acordaron diez Convenios en referencia la guerra marítima y una Declaración sobre la prohibición de arrojar proyectiles y explosivos desde los globos. De los citados diez Convenios, el décimo se dedica especialmente al transporte sanitario en los conflictos armados en el mar.

Se hace una reseña de los diferentes Convenios y Declaración, hasta el que es el objeto de estudio como es el X Convenio correspondiente a la adaptación a la guerra marítima de los principios de Ginebra, que tuvo como modelo la Convención de Ginebra de 1906, ya antes mencionada, no siendo reemplazado hasta el II Convenio de Ginebra de 1949. Se exponen aquellas cuestiones de interés del citado X Convenio, y realiza un análisis sobre su contenido normativo.

Posteriormente, se acomete un estudio general sobre la evolución y situación del transporte sanitario en la guerra marítima desde la Convención de 1864 hasta la referida II Conferencia de la paz de 1907, habida cuenta de la trascendencia y repercusión que tuvo dicha materia durante ese periodo.

#### **1.2.1) Conferencia de La Haya de 1904. Convenio de 21 de diciembre de 1904, relativo a los barcos hospitales.**

La experiencia había puesto en evidencia un vacío en el Convenio marítimo de 1899. Era necesario que los barcos

hospitales obligados a permanecer en los puertos de los países beligerantes o neutrales no tuvieran que pagar los impuestos de utilización del puerto.

Esa cuestión pronto se hizo realidad en una Conferencia Diplomática que, reunida el mes de diciembre de 1904 en La Haya, convocada por el Gobierno de los Países Bajos a iniciativa del Gobierno francés, para examinar únicamente este tema, proclamó que, en tiempo de guerra quedarían exentos los buques Hospitales Militares, así como los equipados por particulares o por Sociedades de Socorro oficialmente reconocidas, tanto de uno de los países beligerantes como de un país neutral, en los puertos de las partes contratantes, de todos los derechos y tasas impuestos a los buques en provecho del Estado<sup>603</sup>.

Por otra parte, se establece que la citada norma reglamentada en el art. 1º no sería obligatoria más que para las potencias contratantes en caso de guerra entre dos o varias de ellas (art. 3º), aunque dejará de ser obligatoria desde el momento en que en una guerra entre las potencias contratantes, una potencia no contratante se uniese a uno de los beligerantes.

Tampoco se impide la aplicación, por medio de la visita y de otras formalidades, de las leyes fiscales o de otras normativas que estuvieran en vigor en los puertos<sup>604</sup>.

Cabe señalar que este Convenio de 1904 fue el primer texto de derecho internacional en el que la obra de socorro a los heridos fue llamada "Cruz Roja". Hasta entonces, esta

---

<sup>603</sup> Esperanza Orihuela. Derecho Internacional Humanitario. Tratados Internacionales y otros textos. 1998.

<sup>604</sup> Esperanza Orihuela Calatayud. Derecho Internacional Humanitario. Tratados Internacionales y otros textos. 1998.

denominación sólo se había empleado para referirse al signo distintivo<sup>605</sup>.

Dicho Convenio se encuentra vigente desde el 26 de marzo de 1907 y no se ha concluido ningún otro texto convencional sobre este tema hasta nuestros días.

### **1.2.2) La guerra ruso-japonesa 1904-1905:**

En la guerra ruso-japonesa lo que se disputaba y el principal escenario de la misma, fue Manchuria. Desde comienzos de febrero de 1904, las flotas rusa y japonesa estaban enfrentadas. Esos primeros combates fueron favorables a los japoneses. La flota rusa, derrotada, tuvo que refugiarse en la bahía de Port-Arthur. Las tropas japonesas pudieron, por lo tanto, desembarcar sin dificultad en Corea, mientras que los rusos hacían prodigios para llevar, a toda prisa, el mayor número de efectivos posible a la región de Liao-Yang.

La primera batalla terrestre tuvo lugar en el Yalú y terminó, el 5 de mayo, con un triunfo para los japoneses. Esta guerra de 1904-1905, una de las más mortíferas que había conocido la historia hasta entonces, tiene un gran interés desde el punto de vista sanitario.

Desde 1894, Japón había perfeccionado aún más su dispositivo sanitario. Los servicios oficiales y los de la Cruz Roja trabajaban en perfecta armonía y suscitaban la admiración de todos los observadores. La Cruz Roja disponía de enormes recursos, gracias a la inagotable generosidad

---

<sup>605</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

que se manifestaba en todo el país. Para evacuar a los heridos y a los enfermos, disponía de numerosos trenes sanitarios y de varios barcos hospitales. Uno de ellos, el Orel, se equipó, en gran parte, con ayuda de la Cruz Roja francesa<sup>606</sup>.

La guerra ruso-japonesa ofreció igualmente interés por la aplicación que hizo en ella del Convenio de Ginebra y del nuevo Convenio de La Haya de 1899 sobre las Leyes y Costumbres de la Guerra Terrestre.

Es cierto que ambas partes se acusaron de haber infringido esos tratados. Se habló de trenes sanitarios ametrallados, de enfermeras violadas, de ambulancias y hospitales bombardeados. No todas esas quejas eran infundadas. Sin embargo, tanto el uno como el otro quisieron mantenerse fieles a sus compromisos, cosa que lograron en gran medida<sup>607</sup>.

La guerra ruso-japonesa terminó con una gigantesca batalla naval. La flota rusa, prisionera en Port-Arthur, trató en vano de regresar a alta mar. Estaba acorralada. Por eso, se tomó la decisión de hacer venir la flota del Báltico, con la esperanza de que pudiera cortar la comunicación entre Japón y Manchuria. El 13 de octubre de 1904, 45 barcos, a las órdenes del almirante Rojestvensky, salieron de Liepaja para doblar el cabo de Buena Esperanza y realizar el fantástico periplo de 20.000 millas, que les condujo hasta el estrecho de Corea. Los barcos, demasiado dispares entre sí y en su mayoría vetustos, sufrieron de innumerables averías. Los *mujiks*, convertidos en malos marinos, formaban

---

<sup>606</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>607</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

unas tripulaciones heroicas y tenaces, pero particularmente poco preparadas para tal empresa<sup>608</sup>.

El choque decisivo entre las flotas rusa y japonesa tuvo lugar el 27 de mayo de 1905, no lejos de la isla de Tsushima. El duelo de artillería comenzó a primeras horas de la tarde, a una distancia de 8.000 metros. Por la noche, los barcos rusos, destruidos por la superioridad del fuego enemigo, estaban casi todos fuera de combate. El almirante Togo había logrado la mayor victoria naval jamás vista. Los proyectiles japoneses atravesaban los puentes de madera y causaban terribles estragos, tanto por los fragmentos como por las sustancias tóxicas que contenían<sup>609</sup>.

Dos barcos hospitales de la Cruz Roja Rusa, el Orel y el Kostroma, se habían unido a la flota del almirante Rojestvensky. Eran los primeros barcos que una Sociedad de la Cruz Roja enviaba a la zaga de una flota al combate. De conformidad con el *Convenio de La Haya de 1899 para la Adaptación a la Guerra Marítima de los Principios del Convenio de Ginebra*, esos dos barcos hospitales, equipados a expensas de una Sociedad de Socorro oficialmente reconocida, se distinguían por la pintura exterior blanca con una franja horizontal roja y, junto al pabellón nacional, enarbolaban el pabellón blanco con cruz roja. Esas precauciones no fueron, desafortunadamente, suficientes. Al comienzo mismo de la acción, los dos barcos fueron detenidos por cruceros japoneses y conducidos al puerto de Sasebo, donde permanecieron más de quince días<sup>610</sup>.

La Cruz Roja protestó enérgicamente por esa medida. En una nota remitida el 11 de agosto de 1905 a todos los Comités

---

<sup>608</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>609</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>610</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

Centrales, se decía: "Es evidente que la forma de actuar de los japoneses en la batalla de Tsushima constituye una flagrante infracción de las cláusulas del Convenio de La Haya de 1899, que privó a nuestros barcos hospitales de toda probabilidad de cumplir sus deberes más directos durante la batalla". El capitán Kostroma informó, en efecto, al Comité Central ruso "que si los japoneses no hubieran detenido a nuestros barcos hospitales, hubiésemos tenido plena y total posibilidad de ocuparnos del salvamento de los marinos de los barcos hundidos, ya que todo estaba preparado para ello y las lanchas de vapor ya estaban a presión"<sup>611</sup>.

El Comité Internacional publicó *in extenso* la protesta rusa en el *Boletín* y sugirió incluso someter el caso a los tribunales instituidos por la Conferencia de La Haya. Solicitó, además, a la Cruz Roja japonesa más detalles sobre el asunto. Pero el presidente de esta Sociedad se limitó a responder que se trataba de una operación militar de la Marina imperial. Nunca se supo qué hizo pensar a los japoneses que esos dos barcos hospitales habían tratado de participar en las operaciones militares.

### **1.2.3) Conferencia Diplomática de 1906 y Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906, para la mejora de la suerte de los Ejércitos de Campaña.**

La Conferencia de 1906, que consiguió un gran cambio, del que no se ha valorado tal vez toda su importancia. Durante la Conferencia celebrada en Ginebra del 11 de junio al 6 de

---

<sup>611</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.



julio de 1906 se aprobó el Convenio que reemplazaría al de 22 de agosto de 1864. Se produjo a propuesta del Acta Final de la Conferencia de La Haya de 1899. Contenía 33 artículos con nuevas disposiciones especialmente sobre los heridos, pues en el artículo primero del nuevo Convenio se estableció que "los militares (...) heridos o enfermos deberán ser respetados y cuidados, sin distinción de nacionalidad, por el beligerante que los tenga en su poder". Lo que se daba por supuesto cuarenta años antes, debía mencionarse ahora explícitamente. La guerra ideológica comenzaba a mostrar sus señas de identidad. Hasta entonces, el soldado herido ya no era un enemigo, sino sólo un desdichado. Ahora era un enemigo herido. Se había hecho más difícil olvidar su nacionalidad y la causa que defendía. A partir de cierto momento, se hizo necesaria una especie de virtud, a la que el legislador consideró útil prestar su apoyo.

No se había olvidado, sin embargo, el gran principio introducido en 1864; al contrario, se expresa con mayor precisión: *"El personal adscrito exclusivamente a la recogida, al transporte y al tratamiento de los heridos y enfermos, así como a la administración de las formaciones y de los establecimientos sanitarios, y los capellanes afectos a los ejércitos, serán respetados y protegidos en toda la circunstancia; si caen en poder del enemigo, no serán tratados como prisioneros de guerra"* (art. 9).

Esas personas continuarían, después de haber caído en poder del enemigo, cumpliendo sus funciones bajo la dirección de éste<sup>612</sup>.

---

<sup>612</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004. Conferencias Internacionales de la Cruz Roja.

Esos privilegios se extendieron al personal de las Sociedades de Socorro voluntarias debidamente reconocidas y autorizadas por su gobierno, con la reserva de que dicho personal estuviera sometido a las leyes y a los reglamentos militares. Por tanto, se reconocía expresamente por primera vez a las sociedades voluntarias de socorro<sup>613</sup>. La Cruz Roja adquirió así su carta de ciudadanía sobre el papel, ya que, sobre el teatro de operaciones, prodigaba su ayuda desde hacía ya cuarenta y tres años, y ello sin haber esperado a recibir este salvoconducto<sup>614</sup>.

Como cabía esperar, la cuestión del emblema distintivo dio lugar a acalorados debates. El Sr. Martens (Rusia) se esforzó por que prevaleciera la unidad del signo. El delegado del Japón declaró que su país no atribuía significación religiosa alguna al signo de la cruz y no formulaba ninguna objeción. El representante de China expresó la misma opinión. Pero los Estados musulmanes continuaban reacios a adoptar la cruz roja. Se dedujo que nadie atribuía un significado religioso a ese signo, y se preguntaba si era necesario expresar, en el texto del Convenio, esa carencia de relación entre la cruz roja y la cruz cristiana<sup>615</sup>.

Se logró que se aprobara el siguiente artículo dieciocho: "Como homenaje a Suiza, el signo heráldico de la cruz roja sobre fondo blanco, formado por inversión de los colores federales, se mantiene como emblema y signo distintivo del Servicio Sanitario de los ejércitos".

Sea lo que fuere, esa dialéctica no obtuvo el resultado

---

<sup>613</sup> Esperanza Orihuela Calatayud. Derecho Internacional Humanitario. Tratados Internacionales y otros textos. 1998.

<sup>614</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

<sup>615</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004. Conferencias Internacionales de la Cruz Roja.

esperado. Turquía firmó el nuevo Convenio con la reserva del empleo de la media luna roja. La Conferencia de 1906 fracasó en su intento de restablecer la unidad del signo.

Respecto al transporte sanitario, se refería solamente al terrestre, no obstante es de resaltar lo dispuesto en el artículo seis, que señalaba: "Las ambulancias sanitarias referidas a los destinados que acompañen a los ejércitos de campaña y los establecimientos fijos sanitarios, serán respetadas y protegidas por los beligerantes".

Por último, es de reseñar también lo estipulado en el artículo ocho, en referencia a la tenencia y uso de las armas del personal de las ambulancias, puesto que establece que no se considerará como de naturaleza para privar a una ambulancia o establecimiento sanitario de la protección establecida en el artículo seis, por el hecho de que el personal de las ambulancias o establecimientos sanitarios, esté armado y use de sus armas para su propia defensa o la de sus enfermos y heridos.

Esta Convención estuvo vigente desde el 9 de agosto de 1907 (para España desde el 11 de abril de 1908) fue reemplazado por la Convención de 1929. No obstante estuvo vigente hasta 1970, fecha en que Costa Rica, último Estado, Parte de la misma, accedió a la Convención de Ginebra de 1949<sup>616</sup>.

#### **1.2.4) La VIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja, Londres 1907.**

Esta Conferencia se reunió en Londres del 10 al 15 de junio de 1907 y tuvo una dedicación especial a la guerra marítima

---

<sup>616</sup> DELPECH, J; La nueva Convención de Ginebra de 6 de Julio de 1906 para el mejoramiento y suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos de campaña, París 1907.

y el papel de la Cruz Roja. Es de interés citar la exposición de M. Louis Renault sobre la Cruz Roja en el mar, y las réplicas del Barón de Knesebeck, de Roszkowski, Wise, De Loqui y Sr. Rho, que tuvieron lugar en la sesión plenaria del 13 de junio, así como los informes presentados por las Sociedades de la Cruz Roja de Japón y muy especialmente por la de Gran Bretaña<sup>617</sup>.

En cuanto a la cuestión sobre la actividad de la Sociedad nipona en la guerra ruso-japonesa y los principios que fueron aplicados, es de destacar lo expuesto por el propio Sr. Rho en contestación al Barón Zawa, pues afirmaba la buena acogida que tuvo el ejemplo de la referida Cruz Roja japonesa con respecto al acuerdo que suscribió con las sociedades de navegación, indicando que, aunque desde el punto de vista técnico de la sociedad japonesa no hubiese sido más experta que las francesas, inglesas, austriacas y la norteamericana, desde el punto de vista económico había tenido una línea de actuación muy significativa al conseguir suscribir contratos con las sociedades de navegación para obtener buques-hospitales, señalando que durante el periodo de paz, estas embarcaciones realizarían actividades de buques-correo para el servicio postal, mientras que en conflicto armado servirían de hospital<sup>618</sup>.

La Sociedad japonesa había hecho con las sociedades de navegación un contrato cuyos términos y tras veinte años, le permitían recuperar todo el capital, y así ampliar las sumas desembolsadas para la construcción de tres navíos hospital en vez de dos. Por otra parte, este contrato podía ser imitado por cada sociedad de la Cruz Roja, dependiendo

---

<sup>617</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR Ginebra 2001-2004. VIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Londres, 1907.

<sup>618</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR. Ginebra, 2001-2004.

de sus recursos.

También se presentaba el Plan de los buques-hospitales japoneses Hakuai, Maru y Kosai Maru.

La otra cuestión que debe resaltarse fue la planteada por la Sociedad de la Cruz Roja británica, mediante la representación de G.H. Makins, miembro de su Consejo, el cual también lo era del Consejo Médico del Servicio de la Marina, que presentó un informe de gran contenido práctico titulado "El papel de las Sociedades de la Cruz Roja en la Guerra Naval", referido al socorro en el mar y al papel que dichas sociedades habían tenido hasta ese momento, tratando en especial los temas siguientes: Conferencias Internacionales de la Cruz Roja, en referencia a las actuaciones de socorro marítimo durante el combate o después del mismo, bien en alta mar o en la proximidad de la costa; actuación de la flota británica con respecto a los enfermos y heridos, detallándose las características de los servicios sanitarios a bordo de los buques de guerra; concepto del buque hospital, los servicios que habían desarrollado y cuándo habían sido utilizados por Gran Bretaña; derecho de amarre en puerto enemigo para respetar carbón, franquicia de derechos portuarios, el escepticismo que el resultado negativo podría producir entre los beligerantes, si sus hombres eran transportados en un buque hospital, ya que podían ser neutralizados para el resto del conflicto armado, así como otras cuestiones sobre el gobierno del buque-hospital, elección de su tripulación, tipo de navío y su equipamiento. Entre los temas referidos al papel de las Sociedades de la Cruz Roja, se debe destacar lo expuesto sobre que el salvamento costero era más sencillo cuando estas embarcaciones actuaban bajo la regulación de la Convención de La Haya, y que se abriría un

gran campo de acción al conseguirse embarcaciones de vapor para su uso, tanto en alta mar como para cerca de la costa<sup>619</sup>.

Este informe de gran interés servirá de base para el siguiente epígrafe, que tratará sobre la evaluación y situación del transporte sanitario marítimo en los conflictos armados hasta 1907, previo a la Segunda Conferencia de la Paz de La Haya, donde se alumbraría el X Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907, para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra.

Otras cuestiones que se tratarán en la Conferencia Internacional de Londres de 1907, y que se entienden merece destacar, corresponden por una parte, a las Oficinas de Información, tema que fue expuesto por el Sr. Martens, señalando que habían funcionado durante la guerra ruso-japonesa y que los beligerantes recurrieron para ello a la Cruz Roja, ya que la misma estaba preparada para prestar dicho servicio. Y por otra parte, a que la VIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja tomaba nota de la declaración del Comité Internacional de Ginebra para servir de intermediario, cuando fuese necesario, entre los Comités Centrales y se expresaba el deseo de que las Sociedades de la Cruz Roja se reconociesen obligadas, por la fuerza misma de las circunstancias, a socorrer a los prisioneros de guerra, de conformidad con lo estipulado en el Convenio de La Haya de 1899, y dentro de los límites impuestos por las leyes y costumbres de su país<sup>620</sup>.

---

<sup>619</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Londres, 1907. Ginebra, 2001-2004.

<sup>620</sup> Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Londres, 1907. Ginebra, 2001-2004.

### **1.2.5) La Segunda Conferencia de La Paz de 1907:**

#### **1.2.5.1)       Introducción: Antecedentes previos y diferentes Convenios de La Haya de 1907, relativos a la guerra marítima.**

La segunda Conferencia de la Paz se reunió en La Haya el 15 de junio de 1907, por iniciativa del presidente de Estados Unidos, y duró hasta el 18 de octubre del mismo año. La idea se la había dado la Unión Interparlamentaria, que militaba, desde hacía ya mucho tiempo, en favor de un Tribunal Permanente de Arbitraje.

Aún quedaba un amplio ámbito donde era posible codificar sin interferir en las sacrosantas "necesidades militares". La guerra marítima, en particular, había escapado casi totalmente a toda reglamentación. Sólo dos textos versaban sobre las operaciones navales: la Declaración de París de 1856 y el Convenio de 1899 para la adaptación a la guerra marítima de los principios del Convenio de Ginebra del 22 de agosto de 1864. No era mucho, en comparación con el imponente sistema legislativo que regía la guerra terrestre. Para llenar este vacío, la Conferencia de 1907 elaboró no menos de ocho convenios, a los cuales se agregó un proyecto general de códigos de leyes y costumbres de la guerra marítima, que se pensaba someter a una tercera Conferencia de la Paz<sup>621</sup>.

Uno de esos convenios concernía muy de cerca a la Cruz Roja; era una nueva versión del Convenio marítimo de 1899.

---

<sup>621</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

En efecto, su objetivo era extender las disposiciones del Primer Convenio de Ginebra a la guerra marítima. Ahora bien, este tratado acababa de ser revisado en 1906 y se le habían incorporado nuevas disposiciones que también serían útiles en el mar.

Esta adaptación se hizo rápidamente. La protección del signo, el respeto debido a los heridos y a los muertos, el intercambio de listas y la obligación impuesta a los Estados signatarios de completar su legislación interna formaron pronto parte del derecho marítimo. Las recomendaciones que la Cruz Roja ya formuló en su primera Conferencia Internacional, en 1867, se habían cumplido por fin. El derecho marítimo estaba a la misma altura que el derecho de la guerra terrestre.

El Convenio "marítimo" ya había encontrado aplicación. En efecto, en 1900, durante la guerra de los Boxers, se enviaron tres barcos hospitales de la Cruz Roja sobre el terreno: uno ruso, el *Tsaritsa*, otro alemán, el *Savoia*, y el tercero francés, el *NotreDame du Salut*<sup>622</sup>.

En esta Segunda Conferencia de la Paz fueron aprobados trece Convenios y una Declaración, correspondiendo a la materia de los Conflictos Armados solo diez y la Declaración, de los cuales solo el IV y V Convenio se referían a la guerra terrestre (Leyes y costumbres de la guerra terrestre y referente a los derechos y deberes de la Potencias y personas neutrales respectivamente). Los restantes ocho Convenios trataban de la guerra marítima y

---

<sup>622</sup> Estos barcos, señaló el marqués Sr. de Vogüé, "demostraron con la mejor prueba, la del éxito, que la intervención voluntaria de la Cruz Roja en las operaciones marítimas era fácil de realizar en la práctica y capaz de paliar en gran medida los males de la guerra". Pierre Boissier, obra citada 1997.



la Declaración sobre la prohibición de arrojar proyectiles y explosivos desde globos, siendo esta la segunda vez que se trata una materia relacionada con la guerra aérea.

Los restantes ocho Convenios de 18 de octubre de 1907 se refieren a la guerra marítima, incluyendo uno, que expresamente trata sobre el transporte sanitario en dicho medio, el Convenio X, que acuerda la aplicación a la guerra marítima, los principios del Convenio de Ginebra.

A continuación se hace una breve reseña de algunos de estos Convenios que tratan sobre la guerra marítima, como introducción al Convenio X, que es el interesa por ser objeto de este estudio:

**Convenios de La Haya de 1907,  
relativos a la Guerra Marítima:**

**A) El VI Convenio relativo a la condición de los  
barcos mercantes enemigos al comienzo de las  
hostilidades<sup>623</sup>.**

Este Convenio de once artículos<sup>624</sup> constituyó el primer texto convencional donde se establece la prohibición de los beligerantes de confiscar, desde el comienzo de la guerra los buques mercantes enemigos que se encuentren en sus puertos o en alta mar. Dicho Convenio entró en vigor el 26 de enero de 1910. Cabe señalar que entre los veintinueve Estados Partes se encuentra España<sup>625</sup>.

---

<sup>623</sup> José Luis Fernández-Flores. El Derecho de los Conflictos Armados. 2001.

<sup>624</sup> Recopilación realizada por José Luis Rodríguez -Villasante. Normas Particulares del Derecho de la Guerra Marítima. Centro de Estudios de Derecho Humanitario, CEDIH Cruz Roja Española.

<sup>625</sup> Esperanza Orihuela Calatayud. Derecho Internacional Humanitario. Tratados Internacionales y otros textos, 1998.

**B) El VII Convenio relativo a la conversión de buque mercante en barco de guerra<sup>626</sup>.**

Este Convenio de doce artículos<sup>627</sup> entro en vigor con carácter general el 26 de enero de 1910 y para España el 17 de mayo de 1913. La incorporación de buques mercantes en barcos de guerra planteó dudas sobre su compatibilidad con la Declaración de París en la que las partes se habían prohibido el corso. En este Convenio también se observo el desacuerdo de las partes sobre la posibilidad de que la transformación se produzca en alta mar. El número de Estados Parte asciende a treinta y dos, entre los que se encuentra España<sup>628</sup>.

**C) El VIII Convenio relativo a la colocación de minas submarina de contacto automático<sup>629</sup>.**

Este Convenio de trece artículos<sup>630</sup>, intenta dar solución a la necesidad de establecer una regulación que proteja el comercio neutral y que mantenga la inmunidad de los buques mercantes contra un ataque no señalizado. El resultado no fue muy efectivo, pues existen artículos como el n° 2 con una eficacia muy limitada, y otros que contiene normas suficientemente claras. Los Estados Partes son veintisiete y no se encuentra España como parte de este Convenio<sup>631</sup>.

**D) El IX Convenio sobre el bombardeo por fuerzas navales en tiempo de guerra<sup>632</sup>.**

Con anterioridad a la adopción de este Convenio, existían

---

<sup>626</sup> José Luis Fernández-Flores, obra citada 2001.

<sup>627</sup> Recopilación citada de José Luis Rodríguez-Villasante.

<sup>628</sup> Esperanza Orihuela Calatayud, obra citada 1998.

<sup>629</sup> José Luis Fernández-Flores, obra citada 2001.

<sup>630</sup> Recopilación citada de José Luis Rodríguez-Villasante.

<sup>631</sup> Esperanza Orihuela Calatayud, obra citada 1998.

<sup>632</sup> José Luis Fernández-Flores, obra citada 2001.

dudas sobre la licitud del bombardeo por fuerzas navales de los puertos, ciudades y edificios que no estuvieran defendidos, ya que no estaba claro si debían aplicarse por analogía las normas que prohibían estos bombardeos en la guerra terrestre. Este Convenio, compuesto de 13 artículos<sup>633</sup>, dispone en el artículo 1 la prohibición del bombardeo de puertos, ciudades, habitaciones y edificios no defendidos, y el artículo 2 permite a las fuerzas navales bombardear objetivos militares que se encuentren en ciudades no defendidas. Esta regla es también aplicable a la guerra aérea.

El Convenio entró en vigor con carácter general el 26 de enero de 1910 y para España el 25 de abril de 1913<sup>634</sup>.

**E) El XI Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907, relativo a ciertas restricciones al ejercicio del derecho de captura en la guerra marítima<sup>635</sup>.**

Este Convenio consta de 14 artículos<sup>636</sup> donde se recogieron los principios anteriormente aplicados por la práctica. Se destacan las restricciones a la captura de los barcos destinados a la pesca costera o los encargados de misiones científicas o filantrópicas, que así establecen sus artículos 3 y 4. Entró en vigor con carácter general el 26 de enero de 1910, siendo parte, entre otros países, España.

**F) XII Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907, relativo a la creación de un Tribunal Internacional de Presas<sup>637</sup>.**

---

<sup>633</sup> Recopilación de José Luis Rodríguez-Villasante.

<sup>634</sup> Esperanza Orihuela Calatayud, obra citada 1998.

<sup>635</sup> José Luis Fernández-Flores, obra citada 2001.

<sup>636</sup> Recopilación citada de José Luis Rodríguez-Villasante.

<sup>637</sup> José Luis Fernández-Flores, obra citada 2001.

Contenía 57 artículos, no obstante este Tribunal nunca fue creado, por cuanto que nunca recibió alguna ratificación.

**G) XIII Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907, sobre derechos y deberes de las potencias neutrales en la guerra naval<sup>638</sup>.**

Este Convenio, que consta de 33 artículos<sup>639</sup>, viene a declarar el derecho consuetudinario existente hasta el momento. Entró en vigor en la misma fecha que los anteriores, no siendo parte España<sup>640</sup>.

**H) Declaración (XIV) De la Haya de 18 de Octubre de 1907, relativa a la prohibición de arrojar proyectiles y explosivos desde las aeronaves<sup>641</sup>.**

Es significativo hacer una reseña sobre esta Declaración, pues la Primera Conferencia de Paz de La Haya de 1899, que regulaba por primera vez en la historia la cuestión sobre la guerra aérea, establecía, por un período de cinco años, la prohibición de lanzar proyectiles y explosivos desde globos<sup>642</sup>. En la Segunda Conferencia y como consecuencia del desarrollo experimentado por la industria de la navegación aérea, existían países que pretendían adoptar una posición más prudente que la de 1899. Aunque estas Conferencias no trataron el transporte sanitario en el medio aéreo, se ha creído conveniente referenciarlo por ser como antes se ha citado las primeras normas sobre la regulación de la guerra aérea. Por otra parte la adopción de esta Declaración, vigente desde el 29 de noviembre de 1909, mantenía la prohibición hasta que se celebrase la Tercera Conferencia

---

<sup>638</sup> José Luis Fernández-Flores, obra citada 2001.

<sup>639</sup> Recopilación de José Luis Rodríguez-Villasante.

<sup>640</sup> Esperanza Orihuela Calatayud, obra citada 1998.

<sup>641</sup> José Luis Fernández-Flores, obra citada 2001.

<sup>642</sup> Esperanza Orihuela Calatayud, obra citada 1998.

de la Paz. Como ésta no ha tenido lugar, continúa vigente<sup>643</sup>, aunque determinados países, muy significativos como Alemania, Francia, Italia, Japón y Rusia, no la han ratificado. España no es parte en esta Declaración. La prohibición se encuentra también recogida, aunque implícitamente, en el artículo 25 del Reglamento relativo a las leyes y usos de la guerra terrestre<sup>644</sup>.

**1.2.5.2.) X Convenio de La Haya, de 18 de octubre de 1907, para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra:**

Este Convenio cuenta con veintiocho artículos, el doble del III Convenio de 1899, que consta de sólo catorce, al que revisa y amplía en cuanto a la aplicación a la guerra marítima de los principios del Convenio de Ginebra de 1864, así como también los principios de la Convención de Ginebra revisada en 1906. La mayoría de los catorce artículos del Convenio de 1899 han sido recogidos en su integridad y se han añadido otros, como los artículos 5 al 9, 13, 15 al 17 y 19 al 23.

Los primeros cuatro artículos se refieren a que los buques hospitales, tanto militares como los equipados por particulares o sociedades de socorro oficialmente reconocidas, y los equipados por particulares o sociedades de socorro de países neutrales, serán respetados y no podrán ser capturados mientras duren las hostilidades, siempre y cuando se atengan al objeto de su destino humanitario y cumplan los requisitos pertinentes como el de la notificación. Estos articulados han sido recogidos en su integridad del III Convenio de 1899, conservándose lo

---

<sup>643</sup> José Luis Fernández-Flores, obra citada 2001.

<sup>644</sup> Esperanza Orihuela Calatayud, obra citada 1998.

establecido sobre el derecho de inspección y visita de los citados buques hospitales, con el fin de asegurar el cumplimiento de su cometido y evitar los posibles abusos.

Los artículos diez y once, que tratan de la protección del personal médico, enfermero y religioso, así como de los marinos militares embarcados y las demás personas pertenecientes a las marinas, y a los ejércitos, heridos y enfermos, y que éstos deberían ser respetados y cuidados por el beligerante que los haya capturado, mantienen los mismos principios que lo dispuesto en el Convenio de 1899.

El artículo doce del nuevo Convenio sigue la línea de lo estipulado en el art. 9 del anterior III Convenio de 1899, aunque completa su texto al señalar que el buque de guerra de una de las partes beligerantes podría reclamar la entrega de heridos, enfermos y náufragos que haya a bordo de los referidos buques hospitales, tanto militares como de sociedades de socorro o de particulares, de barcos mercantes y de recreo y de lanchas, sea cual fuere la nacionalidad de dichos barcos.

También define el artículo catorce, de la misma manera que el artículo 9 del III Convenio de 1899, quiénes son los prisioneros de guerra, señalándose que son los heridos, náufragos o enfermos de un beligerante que cae en poder del otro.

Por otra parte, aunque se manifiesta igualmente en ambos Convenios de La Haya de 1899 y 1907, la señalización de la pintura exterior blanca con una banda horizontal verde para los buques hospitales militares, y de color rojo para los demás buques hospitales, a los efectos de su identificación, el artículo cinco del Convenio de La Haya

de 1907 completa dicha estipulación, señalando que todos los buques hospitales se darán a conocer izando con su pabellón nacional el blanco con cruz roja establecido por el Convenio de Ginebra, y además, si pertenece a un Estado neutral, se deberá arbolar en el palo mayor el pabellón del beligerante de que dependan. Añade también que los buques hospitales detenidos por el enemigo habrían de "arribar" el pabellón nacional del beligerante de quien dependan, no obstante se debe hacer una matización con el término expuesto de "arribar", pues éste no parece adecuarse, al menos al sentido que se quiere realmente dar al término citado, es decir, que debe bajar la bandera expresando la sumisión al buque militar enemigo, ya que la palabra "arribar" en el lenguaje náutico no significa ni bajar, ni subir, sino llevar al buque hacia la quilla a sotavento<sup>645</sup>.

En referencia a la citada identificación de los signos distintivos, el X Convenio de 1907, como novedad señala que los mismos se emplearán tanto en tiempo de paz como de guerra, para proteger y designar los barcos mencionados (artículo sexto).

Se debe resaltar como novedad en el X Convenio de 1907, lo estipulado en el artículo siete sobre la protección de los establecimientos sanitarios a bordo de un buque de guerra, en referencia a las enfermerías y su material, equiparándoles a los establecimientos sanitarios ubicados en tierra y aunque dependan de las leyes de la guerra, no podrán requisarse en cuanto sean necesarios para los heridos y enfermos. No obstante, el Comandante del buque de guerra que los tenga en su poder, podrá disponer de ellos en caso de necesidad militar importante, pero para ello

---

<sup>645</sup> Sotavento: hacia donde va el viento.

debería asegurarse previamente la situación de los heridos y enfermos que estuvieran siendo asistidos.

También llama la atención lo regulado por vez primera sobre la cuestión de portar armas el personal del buque hospital y el personal sanitario de las enfermerías, e incluso de aquellos que estén en una instalación radiotelegráfica a bordo, pues el artículo ocho admite esta posibilidad, señalando que no se perderá la protección del buque hospital ni de las enfermerías, siempre y cuando dichas armas sólo sirvan para el mantenimiento del orden y para la defensa de los heridos o enfermos. Dicho precepto recoge los mismos principios que ya se habían establecido en el Convenio de Ginebra de 6 de julio de 1906, artículos siete y ocho, para las ambulancias y establecimientos sanitarios en tierra.

Se establece en el artículo nueve del nuevo Convenio de 1907, la opción por los beligerantes de solicitar a los Capitanes de barcos mercantes y de recreo o de embarcaciones neutrales, la admisión a bordo y asistir a heridos y enfermos, cuyas embarcaciones en caso de responder positivamente gozaran de una protección especial y de ciertas inmunidades, como aquellas embarcaciones que espontáneamente recogiesen a heridos, enfermos y náufragos, que no podrían ser capturadas, como ya se establecía par este último caso en el artículo sexto del Convenio de 1899.

Otras nuevas disposiciones son las reseñadas en los artículos trece y quince, pues en el caso de que un buque de guerra neutral recogiese a heridos, enfermos y náufragos, se establece que se deberá cuidar en lo posible que éstos no puedan volver a tomar parte de nuevo en las operaciones bélicas, así como los náufragos, heridos o



enfermos que sean desembarcados en un puerto neutral, con consentimiento de la autoridad local, deberán ser guardados por el Estado neutral, salvo acuerdo en contrario del Estado neutral con los Estados beligerantes, para que no puedan volver a tomar parte en el conflicto armado.

Este nuevo Convenio apela, como novedad, a la buena voluntad de las partes beligerantes, a fin de que tras el combate naval se adopten las medidas compatibles con los intereses militares, para buscar náufragos, heridos y enfermos para hacerlos proteger, así como los muertos, contra el pillaje y los malos tratos (artículo dieciséis). Por otra parte, se recogen en el artículo diecisiete las líneas dispositivas adoptadas en el Convenio de Ginebra de 1906, ya que se acordaba entre otras cuestiones, que cada una de las partes beligerantes enviaran a las autoridades de su país, de su marina o de su ejército, las marcas o piezas militares de identificación encontradas sobre los muertos y la relación de los heridos o enfermos recogidos por él.

La nueva regulación deja a disposición de los Comandantes en Jefe de las escuadras de las partes beligerantes, la forma de llevar a efecto lo establecido en la misma, así como en los casos no previstos, pero dejando específicamente reseñado que se debe adecuar a los principios del citado X Convenio (artículo diecinueve).

Otras estipulaciones que no se recogieron en el Convenio de 1899, se refieren a que se adopten las medidas necesarias por las potencias signatarias del nuevo Convenio, para llevar a efecto su difusión y conocimiento, así como la adopción de medidas legales oportunas para reprimir en tiempo de guerra los diferentes actos dedicados al pillaje,

malos tratos a los heridos y enfermos de las marinas, así como aquellos que hubieran hecho un uso indebido de los signos distintivos por barcos no protegidos en el Convenio, y la aplicación sólo del nuevo Convenio a las fuerzas embarcadas en el caso de conflicto armado entre fuerzas beligerantes de tierra y de mar.

Cabe reseñar que este Convenio, al igual que el de 1899, no establece expresamente una disposición especial sobre las embarcaciones de salvamento costeras, ya que en el tercer párrafo del artículo quinto, solo se limita a decir que las pequeñas embarcaciones afectas al servicio hospitalario se distinguirían por una pintura análoga, debiendo en este Convenio haberse dado más relevancia, dado que en dicho periodo, estas embarcaciones en los conflictos armados tenían cada vez mayor protagonismo. No obstante, para ello habría que esperar todavía a la siguiente Convención de 1949.

Por último, en cuanto a quién debe ser aplicable este Convenio, el artículo dieciocho sigue la misma directriz que el Convenio de 1899, señalándose que corresponde esa obligación a las Potencias contratantes, y solamente si todos los beligerantes son parte en el Convenio, estableciéndose la cláusula "si omnes". El Convenio de 1907 reemplazaría al de 1899, según lo señalado en el artículo veinticinco, que sólo quedaría en vigor para aquellas Potencias que no hubieran firmado y ratificado aquél.

**1.2.6) Análisis de la situación del transporte sanitario marítimo en los conflictos armados hasta 1907, y actuación hasta esa fecha de las sociedades de la Cruz Roja en la guerra marítima.**

Después de las diferentes fases y periodos que se han venido señalando, desde mediados del siglo XIX, Con la Declaración de París de 1856, hasta 1907, año en el que tuvo lugar la Conferencia Internacional de la Cruz Roja en Londres (10-15 de junio) y la II Conferencia de la Paz de La Haya (15 de junio- 18 de octubre), se ha constatado el proceso de las primeras propuestas e inicios en reglamentar el transporte sanitario en la guerra marítima a través de congresos y conferencias internacionales, hasta llevarlo a efecto en los textos normativos convencionales de 1899 y 1907, por ello es preciso su análisis evolutivo hasta dicha fecha de 1907, donde acaba una de las etapas más interesantes en cuanto que ha sido la base del nacimiento de su regulación, dando pasos importantes en cuanto a la mejora de su normativa con el X Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907, par aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra. Por ello, a continuación se realiza un examen de aquellas cuestiones que se destacaron por su interés tanto en el apartado de las actividades de las Conferencias Internacionales como en el de los temas específicos técnicos de los buques hospitales.

En primer lugar, era todavía pronto para determinar la naturaleza y el tipo de ayuda que podía ser prestada por

las Sociedades de la Cruz Roja, en el curso de una guerra naval, en parte por las condiciones de una guerra tal, en parte por la falta de una experiencia práctica suficiente.

Dicha cuestión reclamaba la atención del Comité central de la Cruz Roja desde agosto de 1864. La opinión era cada vez más grande a favor de que el Convenio de Ginebra de 1864 se debía extender a la guerra marítima. Como ejemplo, se recuerda la opinión unánime del Congreso de Madrid de 1864, donde se dieron cita los diferentes oficiales de todos los países ibéricos e iberoamericanos. Se deben reseñar también los acontecimientos bélicos de la guerra austro-prusiana de 1866, la batalla naval (1866) de Lissa entre Austria e Italia, la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de París en 1867, donde se estudia el proyecto de revisión del Convenio de Ginebra para que las ambulancias marítimas en los conflictos bélicos tuvieran la misma protección y respeto que las ambulancias terrestres. Estas circunstancias trajeron en consecuencia el alumbramiento de una serie de artículos adicionales, que hacían referencia a la guerra marítima, los cuales fueron redactados de manera provisional como complemento al texto primitivo de la Convención de Ginebra de 1864, aprobándose en la Segunda Conferencia Diplomática de octubre de 1868.

Como se ha podido comprobar en lo reseñado anteriormente en otros epígrafes de este texto, los miembros de estas Conferencias se habían consagrado, igualmente, con energía a la solución del problema, por ello en las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja, en 1869 en Berlín y en 1887 en Carlsruhe, vuelve a ser tratada esta cuestión con una gran tensión, siendo sometida al Comité Internacional de la Cruz Roja para que se elaborase un informe.

Por otra parte, no se pueden pasar por alto los conflictos armados entre ambas Conferencias, como la guerra franco-prusiana de 1870, ruso-turca de 1877, donde tuvieron lugar unas grandes batallas navales, no faltando la ocasión para aplicar los artículos adicionales de 1868, relativos a la guerra marítima<sup>646</sup> y serbio-búlgara de 1885, y por supuesto la existencia de la primera ambulancia marítima, "La Buenaventura" que surcó las aguas en 1873, en el Puerto de Cartagena, durante la guerra cantonal.

Los artículos adicionales de 1868, no habían sido ratificados y, por tanto, carecían de validez, aunque ello no privó de que en algunos casos, los beligerantes se comprometieran a cumplirlo.

El Informe del Comité Internacional, redactado por el profesor Sr. D'Espine, relativo especialmente a los socorros en la guerra marítima y la actuación de la Cruz Roja, fue presentado a la Conferencia celebrada en Roma en 1892, y, a partir de esta fecha, se puede decir que la cuestión había entrado en el campo de la práctica; se retomó en la conferencia de la Cruz Roja celebrada en Viena en 1897 y, finalmente, en la Conferencia Internacional de la Paz de La Haya de julio de 1899, donde tiene lugar el nacimiento de una serie de catorce artículos que fueron redactados para servir de base práctica y adoptados por un gran número de potencias contratantes (el artículo X fue reservado por el representante de la Gran Bretaña, en el momento de la firma de la convención, y excluido cuando la convención fue finalmente ratificada por todas las

---

<sup>646</sup> Pierre Boissier, obra citada 1997.

potencias representadas)<sup>647</sup>. Iniciado el siglo XX, se aprueba por la Conferencia de La Haya de 1904, un Convenio relativo a los buques hospitales, para que en tiempo de guerra no tuvieran que abonar ningún tipo de gastos por derechos y tasas en los puertos de las partes contratantes. Un nuevo conflicto bélico, la guerra ruso-japonesa de 1904-1905, trae nuevas experiencias sobre el transporte sanitario marítimo. La Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906 no hace ninguna alusión directa a la guerra naval, aunque sirvió de modelo para la X Convención de la Haya de 1907, en cuestiones como el uso de las armas en establecimientos sanitarios y ambulancias, para la defensa de los heridos y enfermos.

La Conferencia de La Haya de 1907 llevó a efecto la primera cuestión suscitada en el informe del profesor D'Espine, referida a la del establecimiento de una "entente diplomática"<sup>648</sup>, y abrió la vía para el desarrollo práctico de un sistema de asistencia de la Cruz Roja a las víctimas de la guerra naval.

Para complementar lo hasta ahora expuesto, se expone a continuación un examen sobre una de las piezas base del transporte sanitario marítimo: las embarcaciones sanitarias.

En cuanto al concepto de barco hospital, cabe señalar que existían numerosas concepciones sobre la actividad y el papel de un buque hospital, ya que, de hecho, estos barcos tenían un amplio abanico de utilización.

---

<sup>647</sup> Informe de G. H. Makins en la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Londres de 1907. Archivo de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. CICR, Ginebra 2001-2004.

<sup>648</sup> Informe citado de G. H. Makins.

Sus servicios más importantes habían sido hasta el año 1899, los del transporte de enfermos y heridos a los hospitales de las bases navales, o su repatriación, y el de hospitales flotantes anclados en los puertos.

Según el Doctor G. H. Makins, los servicios de estos buques hospitales habían estado ampliamente demostrados en las guerras sostenidas, aunque la experiencia sobre su utilización había sido adquirida a lo largo de las hostilidades sobre tierra, como auxiliares del ejército de tierra, y que, por consiguiente, la importante cuestión del papel de los navíos hospital en tiempo de guerra marítima no había sido completamente dilucidada. Gran Bretaña sólo los había utilizado a lo largo de las hostilidades cuando era la dueña absoluta del mar; en consecuencia, no había podido darse cuenta en la práctica de las dificultades del transporte y del riesgo de ver capturar por el enemigo oficiales y hombres útiles que sufrirían durante la neutralización o que se convertirían en prisioneros de guerra<sup>649</sup>.

En las Conferencias Internacionales antes reseñadas, se había tratado la cuestión del socorro en el mar, pero quedaba la duda sobre la atención que se debía de dar a las víctimas de la guerra naval, durante o después de los combates en alta mar, y durante o después los combates en la proximidad de las costas.

Respecto a este último caso, era comparativamente más simple, porque se podía utilizar la experiencia adquirida

---

<sup>649</sup> Informe citado de G. H. Makins.

hasta el año 1899 en la utilización de los navíos hospital, así como todas las disposiciones generales tomadas por las sociedades de la Cruz Roja para el salvamento marítimo. Por tanto, no se necesitaba un examen tan urgente como el primero.

El problema de los navíos hospital en alta mar era más complicado y difícil, aunque las diversas soluciones propuestas durante las Conferencias se realizarían con ocasión de las confrontaciones bélicas de 1894 y la hispano-norteamericana de 1898, especialmente cuando tuvo lugar la guerra ruso-japonesa de 1904-1905, teniendo por ello un conocimiento más práctico.

A los navíos hospital en alta mar se les concedieron dos tipos de actuaciones, una correspondiente a las embarcaciones de salvamento para rescate de los náufragos, por ahogamiento o incendio, y el de hospitales flotantes y de transporte de enfermos.

No obstante, se ponía en duda que el cometido de estos barcos hospitales realizasen con menos complicaciones que si lo hicieran los propios navíos de guerra que pertenecieran a la misma escuadra, dado el peligro y el riesgo que podría conllevar la actividad del socorro durante el enfrentamiento bélico en la mar<sup>650</sup>.

Las dificultades del empleo de los citados navíos de socorro comenzaba antes de la batalla, ya que necesitaban una gran velocidad y una amplia provisión de carbón para cruzar largas distancias, pues en las condiciones

---

<sup>650</sup> Informe citado G.H. Makins.



existentes en ese momento, no podrían nunca arriesgarse fuera de la protección de su propia flota sin exponerse al riesgo de ser abordados y despojados de su provisión de carbón por cualquier torpedero o destructor enemigo en misión de reconocimiento que viniese a su encuentro.

Por causa del gran alcance de la artillería más sofisticada en esos momentos, no les sería nunca posible encontrar un lugar de refugio en dicho medio para poder llevar el socorro a la tripulación de un barco que hubiera naufragado, sin incurrir en el riesgo grave de ser puestos fuera de servicio o traspasados por un obús; además, estaba demostrado que el tiempo invertido por un navío de guerra seriamente dañado en hundirse era cuestión de escasos minutos, porque durante la acción muchos navíos se veían más o menos envueltos en llamas, de modo que pocos comandantes podrían decidirse a hacer las señales de socorro y arriar así su pabellón en el tiempo requerido<sup>651</sup>.

También se debe señalar que existían posiciones, como era el caso de Alemania, favoreciendo el papel de los navíos de guerra para que prestasen socorro a los navíos que estuviesen en peligro de naufragio, en lugar de embarcaciones de salvamento (vessel de succour), ya que incluso cuando perteneciese al vencedor de la contienda, se correría el riesgo de ser capturada, conllevando la neutralización de los oficiales y de los hombres que acabasen de salvar<sup>652</sup>.

---

<sup>651</sup> Informe citado de G. H. Makins.

<sup>652</sup> Archivos de documentación del Comité Internacional de la Cruz Roja. CICR. Conferencias Internacionales de la Cruz Roja. Ginebra, 2001-2004.

Por otra parte, los navíos militares podrían exigir mejores equipamientos, como podían ser los aparejos y botes salvavidas que aumentasen su eficacia, a diferencia de los navíos hospitales que encontrarían más complicada la realización de las mejoras para la eficacia del servicio.

De acuerdo con los hechos que habían acaecidos hasta ese momento parecía demostrar, según lo señalado por el Doctor G. H. Makins en su informe presentado en la Conferencia Internacional de Londres de 1907, que el salvamento de la tripulación de las embarcaciones que habían zozobrado o ardido a lo largo de un encuentro naval o poco tiempo después, debía dejarse a los navíos de guerra, salvo en el caso de que la batalla hubiera tenido lugar cerca de la costa. Por tanto la única esperanza de una tripulación que se encontrase en una situación crítica tal, estaría en la provisión de botes de salvamento que un navío de guerra fuese capaz de transportar, así como dispositivos de ayuda para recoger a los hombres a bordo, y un equipamiento parecido como el de la marina rusa, donde los tripulantes recibiesen un salvavidas situado alrededor del cuerpo, que les permitiese, flotar durante algunas horas<sup>653</sup>.

Se posicionaba por tanto, hasta este periodo de 1907, la postura, como la del Dr. G. H. Makins, de que los navíos de guerra podían realizar los socorros de forma más segura que los buques hospitales de las sociedades de socorro<sup>654</sup>.

---

<sup>653</sup> Cabe señalar que durante el crucero del Almirante Rojdestvensky, un marino fue salvado después de haber flotado durante diez días en el océano. Informe citado G. H. Makins.

<sup>654</sup> Se basaba en la experiencia de los barcos americanos que salvaron a las tripulaciones de los navíos españoles en llamas a lo largo de Santiago de Cuba, y por los navíos rusos y japoneses que realizaron el salvamento de varios cientos de marinos rusos en el estrecho de Tsushima. Pierre Boissier, obra citada de 1997. Este autor señalaba que los buques hospitales de la Cruz Roja rusa que habían unido a la

En cuanto a los buques hospitales, éstos tenían enormes limitaciones en su campo de actuación, que debían solucionarse. No obstante estos contenían también grandes ventajas, ya que podían recoger a los enfermos de los navíos de guerra en marcha; ofrecían a los heridos, como consecuencia de una acción, mejores condiciones de confort e higiene para las operaciones quirúrgicas; evitaban la mala influencia que podrían tener sobre el resto de la tripulación sana; y permitían una economía de personal a través del agrupamiento de servicios médicos necesarios.

Para sacar mayor rendimiento a estos buques, cabe señalar aquellas cuestiones que podían suponer objeto de los obstáculos que impedían conseguir mayores ventajas. Por ello era adecuado que los barcos hospitales que acompañaban a las escuadras no debían ser inferiores en velocidad a los de los mejores navíos de guerra, pues aunque esta dificultad pudiera ser suplida en lo que concierne a las máquinas, existía la necesidad de abundantes provisiones de carbón. Se podía entender que en este sentido el navío hospital compartía estas dificultades con otros navíos de la escuadra y podría disfrutar, como ellos, de las mismas posibilidades de solucionarlo; pero hay que recordar que las condiciones de guerra obligaban al buque hospital a abandonar el área de protección de la escuadra y por ello podría correr el riesgo de ser detenido por los torpederos y destructores enemigos, así como serles retirado por ellos el carbón y su equipamiento. Dadas estas circunstancias, se puede apreciar que la situación de un navío hospital no parecía muy segura.

---

flota del Almirante Rojenstrensky, fueron detenidos por la escuadra japonesa y conducidos al puerto de Sasebo.

Otra de las cuestiones que intranquilizaban era aquello en lo que concernía al derecho de amarre en un puerto enemigo o neutral para repostar carbón, para aprovisionarse o para dejar a los enfermos y los heridos, ya que no existía un sistema adecuado que asegurase ese derecho.

Con respecto a otro tema de vital importancia, la franquicia de derechos portuarios, cabe indicar sobre la misma que podía haber conllevado menos dificultades, como cuestión secundaria, pues ya en el caso de los seguros había sido regulado en gran parte. Se debe recordar que la British Red Cross Society ya se había dirigido a las autoridades de cada uno de los puertos del Reino Unido, para pedirles que concediesen la franquicia de derechos portuarios para los buques hospitales en tiempo de guerra, habiéndose alcanzado unas respuestas muy satisfactorias al contestar unánimemente a favor de todas las concesiones que la ley les permitiesen<sup>655</sup>.

En fin, una vez establecido su cometido durante la batalla naval, un buque hospital debía estar fuera del alcance de la artillería, con el fin de evitar ponerle fuera de servicio en un momento dado. Además, las evoluciones casi continuas de los navíos de guerra en el curso de una acción naval hacían imposible todo traslado de los heridos al hospital<sup>656</sup>. No obstante, esta dificultad se pudo solucionar

---

<sup>655</sup> Informe citado de G. H. Makins.

<sup>656</sup> Informe citado de G. H. Makins. En la batalla de Tsu-Shima los navíos hospitales de la Cruz Roja, "l'Orel" y el "Kostroma" tomaron posición en la retaguardia de la flota rusa, mientras que los navíos hospital japoneses "Saikio Maru" y "Kobe Maru" que se encontraban fuera de la zona de peligro, llegaron con posterioridad a la acción y fueron capaces de llevar a cabo una tarea útil. Incluso en un puerto, un barco hospital podía, a pesar de todas las precauciones,

en gran parte para los barcos hospitales, gracias a los medios de comunicación que en esa época existían, como la telegrafía sin hilos.

Entre las actividades que se desarrollaban en un buque hospital, se encontraba la del traslado de heridos después de una batalla, y ésta era a veces muy complicada, cuando las condiciones de la mar y demás condiciones meteorológicas no eran favorables. En cuanto a las primeras atenciones quirúrgicas a los heridos, parecía que se llevaban a cabo, en la mayoría de las ocasiones, a bordo de los navíos de guerra, en cuyo caso no se podía garantizar su protección por el hecho de estar atendidos en una sala de enfermería, pues a pesar de que el X Convenio de La Haya de 1907 establecía su protección, en la realidad práctica del combate naval era difícil diferenciar, al atacar un buque, las zonas del mismo que estaban protegidas, cuando el objetivo era hundirlo. Por otra parte, un buque de combate no podía ser objeto de dispensa o de un ataque por el hecho de tener una instalación de sala de enfermería<sup>657</sup>.

Otra cuestión por la que no era muy favorable el buque hospital para los beligerantes, se refiere a la reticencia de trasladar a los heridos y enfermos a estas embarcaciones, pues podían correr el riesgo de que al encontrarse un buque de guerra enemigo, éste, de acuerdo al citado X Convenio de La Haya de 1907, les hiciera

---

encontrarse en una situación muy peligrosa, como en Port Arthur el navío de la armada rusa "Mongolia", que fue alcanzado en tres ocasiones por la artillería enemigo, y que milagrosamente solamente hirió a un hombre, y el navío hospital "Angara" que fue hundido por obuses disparados desde las costa, durante el bombardeo de la fortaleza.

<sup>657</sup> F. Montalbo, *Revista General de la Marina* tomo XXXIV, abril 1894. *Socorros a heridos y naufragos*. Págs. 441-463.

prisioneros o que al menos fuesen neutralizados para el resto de la campaña bélica.

En cuanto a la actuación de las sociedades de la Cruz Roja en la guerra marítima, hay que remontarse a la Circular enviada el 18 de junio de 1888 a todos los Comités, proponiendo una nueva redacción de los artículos adicionales de 1868 y solicitando que se enviasen los informes a la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma de 1892, sobre, precisamente, cuál sería el papel de las sociedades de socorro en las guerras marítimas, que incluía diversos temas técnicos. Tras las conclusiones del Sr. D'Espine en la citada Conferencia, se constató la posición mayoritaria favorable a la intervención de las sociedades en las guerras navales, aunque todo quedó reducido al voto diplomático<sup>658</sup>. Después los diferentes conflictos bélicos daban una respuesta práctica a la necesidad de las acciones de socorros de las sociedades, a pesar de posturas antes referidas como la de G.H. Makins, que se basaban en que eran menos seguros los que venían de un buque hospital que los de los buques de guerra, en un combate a gran distancia de las costas, contraponiéndose con lo expuesto por Pierre Boissier en su libro "*De Solferino a Tsushima*", especialmente con la intervención de los buques hospitales de la Sociedad de la Cruz Roja norteamericana en la guerra hispano-norteamericana.

Por otra parte, es de reseñar la actividad llevada a cabo por las embarcaciones costeras de salvamento en los conflictos armados, habiéndose conseguido diversos acuerdos muy beneficiosos para la humanización en los combates navales cerca de la costa, entre las citadas sociedades y

---

<sup>658</sup> F. Montalbo, obra citada.

Cruz Roja y las sociedades de salvamento de náufragos del país, aunque esta cuestión no tuvo gran repercusión a la hora de legislar, pues había todavía que esperar otro gran periodo de tiempo y dos grandes guerras.

En cuanto a las cuestiones que habían planteado una gran preocupación respecto a los buques hospitales de las sociedades de socorro, correspondían esencialmente a la competencia suprema del mando durante el combate, la del Capitán del Buque y del Jefe del Servicio Médico, el carácter de la tripulación (militar o mercante), cuestiones relacionadas con el tipo de características que debía tener este barco, así como su equipamiento y aprovisionamiento. De todas ellas se hace el siguiente examen:

- A) Los buques-hospitales tenían un coste demasiado elevado para ser soportado por las sociedades, por lo que eran los propios barcos de los gobiernos lo que se dejaban a disposición de las sociedades, para que estas se hicieran cargo del cuidado del equipo y del personal.

En cuanto al gobierno de estos buques, cabe hacer la siguiente división:

- a) La comandancia suprema debía quedar en manos del Comandante en jefe.
- b) El gobierno del buque en concreto, en todo lo que concernía a la navegación y a la tripulación quedaría en manos del capitán del navío, mientras que debía recaer en manos del oficial en jefe del servicio médico (Principal Medical Officer) el control de su propio personal de enfermería a

bordo (Sick Berth Staff), y su autoridad debía prevalecer sobre la del capitán para todas aquellas disposiciones que concerniesen al bienestar de los enfermos y heridos y la situación que tuvieran que ocupar en el navío, en la medida en que estas disposiciones no fuesen en contra de las necesidades estratégicas<sup>659</sup>.

B) Por otra parte, se dudaba si la tripulación (Navigating Staff) debía pertenecer a la marina de guerra o haber sido reclutada en la marina mercante, decantándose por esta última, basándose entre otras cuestiones, en que no sería conveniente para los oficiales y marinos de la flota de guerra, ya que en una gran guerra marítima no sobrarían oficiales ni marineros, pues todos serían necesarios para llenar los vacíos que se podían producir a lo largo del conflicto bélico. Además, la mayor parte de los oficiales de la marina de guerra no parece que hubieran aceptado de buen grado tales cometidos<sup>660</sup>.

---

<sup>659</sup> G.H. Makins, informe citado. En la marina japonesa, el PMO tenía poderes muy considerables desde este punto de vista, recibiendo las órdenes directamente del Comandante en jefe y transmitiéndolas al capitán del navío. Un poder casi idéntico se ha dado a los PMO en los navíos hospital de Gran Bretaña actuando concertadamente con las autoridades militares.

<sup>660</sup> G.H. Makins, informe citado. Es interesante citar la opinión expuesta por el barón Saneyoschi, Director general de los servicios médicos de la Marina Japonesa: "recurrir en primer lugar a los oficiales de la marina de guerra sobre capitanes y tripulaciones civiles en nuestros navíos hospital, pero más tarde los hemos retirado por tres razones:

1. porque podría haber suscitado alguna cuestión respecto a los términos de la convención de La Haya
2. porque los oficiales y los marinos de la flota regular habrían hecho falta en los navíos de guerra.
3. no podíamos hacer uso de un código cifrado en los navíos hospital, sino únicamente utilizar el código universal de señales, de suerte que los marinos de la flota de guerra no eran especialmente necesarios".



- C) Sobre el tipo de navío, debía determinarse en tiempo de paz, y en cuanto al equipamiento necesario para la conversión de las embarcaciones de la marina mercante, debía estar preparado y mantenido en reserva. Las situaciones variables en las que podía encontrarse estos navíos autorizaba al empleo de numerosos tipos en la medida en que respondían a las condiciones generales requeridas: puentes largos, nítidos y separados entre ellos por el intervalo necesario. Cuando tales navíos mercantes fuesen reconocidos como aptos para el servicio, escogidos y señalados en tiempo de paz, podían ser convertidos en hospitales por las autoridades navales con una gran rapidez<sup>661</sup>.

Se consideraba que un navío hospital debía acompañar a la flota en alta mar, era lo más lógico que cada país debía poseer al menos un navío que fuese puesto en servicio durante el tiempo de paz. Aunque uno no pudiera más que jugar un papel en el transporte de enfermos, su funcionamiento constante podría permitir tener experiencia de sus aptitudes, de mejorarse en cada detalle de su instalación y de su equipamiento.

- D) Sobre el personal, habría que referirse al caso de un servicio como el de la marina, cuyo número de miembros era en comparación restringido, donde las sociedades de la Cruz Roja podían ser de más ayuda. El número de

---

<sup>661</sup> G.H. Makins, informe citado. Se habían obtenido todas las pruebas decisivas en el equipamiento de navíos como el "Nubia" y el "Smila" durante la guerra mantenida por Inglaterra en Africa del Sur, y en la conversión, en Port Arthur, de dos barcos de la flota voluntaria rusa en dos admirables barcos hospital, "l'Angara" y el "Kazan". Parecía que habían sido suficientes entre siete y catorce días para llevar a cabo esta transformación.

oficiales de servicio médico y de enfermeros de los dos sexos, que se presumían necesarios en una gran guerra, sería superior a aquel que una armada era capaz de proveer<sup>662</sup>. Hay también que remarcar que los vacíos provocados por las bajas causadas entre los oficiales del servicio médico y de la enfermería a bordo de los navíos de guerra<sup>663</sup>, por razón de la muerte, las heridas y quizá la enfermedad, eran proporcionalmente más altas que las que se podían producir en una campaña en tierra, y esto por su necesidad inevitable durante la batalla<sup>664</sup>.

También hay que reseñar la instrucción de un cierto número de cocineros, ya que dentro del personal de un hospital no había un cuerpo más difícil de reemplazar precisamente que éste<sup>665</sup>.

- E) En cuanto al equipamiento de un navío hospital que acompañase la flota en alta mar, se preguntaba cuál era el más adecuado y si debería incluir un material portátil de tienda hospital susceptible de levantarse en la costa en caso de necesidad. Varias razones parecían inducir a pensar que esto sería lo adecuado, en base a que: permitiría al navío hospital establecerse libremente en las aguas cuyo alejamiento del puerto le impidiese su acceso, en razón de las

---

<sup>662</sup>G.H. Makins, informe citado.

<sup>663</sup> F. Montalbo. Informe de los servicios sanitarios y de los heridos a bordo en las grandes guerras marítimas contemporáneas. 1898, 26 de julio. Archivo-Museo Don Álvaro de Bazán. Sección Sanidad legº nº 2900/14. Armada Española. El Viso del Marqués. Ciudad Real.

<sup>664</sup> G.H. Makins, informe citado. Se debe recordar que en Gran Bretaña, la St. John's ambulante Brigada y la St. Andrew's Ambulante Association Coros realizaron un servicio muy útil desde este punto de vista, en colaboración con la Royal Naval Auxiliary Sick Berth Reserve.

<sup>665</sup> G.H. Makins, informe citado.

pérdidas de tiempo y de los riesgos de encontrarse con navíos enemigos que impidiesen la travesía del puerto hasta esas aguas. También remediaría la saturación excesiva. En el caso de que se declarase una epidemia, jugaría el papel ventajoso de un hospital de aislamiento. La flota no debería establecerse en aguas donde el balanceo y el cabeceo del barco hospital fuesen extremadamente perjudiciales para los heridos graves. En este caso, además, la flota estaría probablemente cerca de la costa. Ya se había tenido en cuenta con estos hospitales en el pasado, en caso de necesidad, por las autoridades militares, pero en una gran campaña naval, parece que no podría contarse con este concurso a causa de la imposibilidad de poder determinar el avance de los puntos en los que una asistencia tal podría ser necesaria.

- F) Otra cuestión de interés era el aprovisionamiento de víveres y vendajes. Los cuidados en la guerra marítima podían ser bastante parecidos a los de la guerra terrestre, con la reserva de que el material necesario en los primeros vendajes era diferente en tierra al que se necesitaba en el mar, donde la rareza de las heridas por bala y la frecuencia, por el contrario, de grandes heridas y quemaduras por proyectiles de artillería necesitaba de un tipo de vendaje con unas dimensiones mucho mayores<sup>666</sup>.

Después del análisis expuesto sobre aquellas cuestiones que resultaron de interés tanto en los aspectos convencionales como en los técnicos, se debe concluir que durante este amplio periodo de medio siglo, de 1856 en que tiene lugar

---

<sup>666</sup> G. H. Makins, informe citado.

la primera resolución relativa a la guerra marítima, hasta 1907, donde se desarrolla una de las normativas convencionales relacionadas con el transporte sanitario marítimo en los conflictos armados, que daría unas nuevas expectativas al futuro, cabe resaltar que tendría lugar un hecho histórico para el Derecho Internacional Humanitario: el alumbramiento de la existencia de la primera norma convencional aplicable a la protección de los militares heridos en campaña de 1864, la cual serviría de cauce para abrir el rumbo a la extensión de dicha ordenación a la guerra marítima, y por ende, al transporte sanitario marítimo. Se dan los primeros frutos en la Conferencia Diplomática de 1868, con la aprobación de unos artículos adicionales que, aunque no tuvieran validez por la falta de ratificaciones, fueron la primera semilla que tras infatigables y persistentes posiciones de las diversas representaciones de las Sociedades de Socorro, en las distintas Conferencias Internacionales de la Cruz Roja, harían brotar, no sin el "apoyo" del resultado trágico de las combates navales, el desarrollo de las primeras normas convencionales efectivas con el III y X Convenios de la Haya de 1899 y 1907, respectivamente, para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra, que incluían especialmente disposiciones sobre el transporte sanitario marítimo.

Dos cuestiones dentro de este ámbito van a tener una vital importancia en el futuro, el uso de las sociedades de la Cruz Roja de grandes buques a vapor y de otras embarcaciones costeras, que abrirían un gran campo en sus actividades del socorro marítimo, y por otra parte que los enfrentamientos navales tendrían lugar a grandes distancias de la costa, dándose un gran protagonismo al buque-

hospital, por sus intervenciones, desgraciadamente, en los diferentes y próximos conflictos bélicos.

A partir de la Segunda Conferencia de la Paz de La Haya de 1907, se abren nuevas expectativas a la regulación del transporte sanitario, no sólo ya en el ámbito marítimo, sino también en el aéreo, para poder envolver de humanidad los diferentes conflictos mundiales que acontecerían en el siguiente medio siglo.

## CAPÍTULO 3

### LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL DERECHO SOBRE EL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO Y EL NACIMIENTO Y DESARROLLO DEL TRANSPORTE SANITARIO AÉREO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS (SEGUNDA ETAPA 1907-2005)

#### 1) SEGUNDA ETAPA (Después de la Convención de la Haya de 1907 hasta 2005)

Después del "nacimiento" de la primera norma válida que adaptase a la guerra marítima los principios de la Convención de Ginebra de 1864, esto es, la III Convención de La Haya de 1899, en la que se establecieron disposiciones relativas al transporte sanitario marítimo, fue adoptada la Segunda Conferencia de Paz, donde se firmaba el X Convenio de La Haya de 1907, en este caso bajo los principios del Convenio de Ginebra de 1906, quedando consolidados los pilares del derecho del transporte sanitario marítimo en los conflictos armados.

No obstante tras estos primeros, pero grandes pasos, se hacía necesario progresar en el desarrollo de todas las regulaciones mediante el continuo estudio técnico y jurídico, que diera respuestas adecuadas a las necesidades que se demandaban, así como a aquellas cuestiones que todavía adolecían de vacío legal.

La Primera Guerra Mundial dio a conocer tanto el grado de

eficacia de la citada norma, como el de sus carencias, el nivel de cumplimiento de las partes en conflicto, y la actividad y organización de los transportes sanitarios marítimos en el combate naval.

Después de los diferentes estudios, reuniones de expertos, Conferencias y hasta de una nueva confrontación mundial, el resultado fue la firma de la Convención de Ginebra de 1949, donde se proporcionaron más soluciones que en las anteriores Convenciones, en cuanto a la esfera del derecho del transporte sanitario marítimo, en buena medida sugeridas por la propia experiencia del conflicto. No obstante todavía se hace necesaria su puesta al día, siendo para ello, adoptados los Protocolos de Ginebra de 1977.

El transporte sanitario aéreo llegó lógicamente más tarde, y llegó con prisas, tanto para consolidar su actividad, como para reglamentarse. Las primeras iniciativas correspondientes a la construcción de los cimientos del derecho de este transporte en los conflictos armados, datan de las propuestas que se instaron en la X Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1921. A partir de aquí, y tras las diferentes Conferencias, congresos y estudios técnicos, se fueron produciendo los fundamentos para fijar los principios que alumbrasen la primera disposición reguladora del transporte sanitario aéreo, que tuvo lugar con la Convención de Ginebra de 1929. Tal vez se esperase algo más de este "nacimiento", dado que los proyectos que se presentaron, resultaron más ambiciosos que el resultado normativo aprobado, y habría que esperar hasta la Convención de 1949, para que se establecieran un importante número de disposiciones que supusieran la respuesta a la realidad obtenida especialmente de la experiencia de la Segunda Gran Guerra (1939-1945), y para conseguir una más

adecuada regulación del transporte sanitario aéreo. No obstante, todavía era inevitable ponerla al día, siendo por ello adaptados los Protocolos de Ginebra de 1977.

Era necesario clarificar aspectos que no daban soluciones suficientes o que presentaron cuestiones que no eran bastantes precisas. Para ello, las diferentes reuniones de expertos, Conferencias Internacionales, especialmente de la Cruz Roja, sirvieron al fin de dotar de un principio de solución técnica para los problemas como el de la identificación de las embarcaciones y aeronaves sanitarias (revisión en 1993, del Anexo I del Artículo 98 del Protocolo I de 1977, sobre reglamento relativo a la identificación), así como el objetivo de facilitar soluciones a cuestiones que necesitaban de una respuesta más concreta (Manual de San Remo de 1994).

Las Guerras se actualizan y las normas humanitarias llegan, como toda regla, con retraso respecto a la necesidad y realidad que se hace preciso ordenar y ello, a pesar de que en este caso, el motivo de su existencia sea una de las causas que más preocupan a la sociedad: intentar humanizar lo más posible sus consecuencias. No obstante, por encima de todo ello primarán ciertos intereses que antepuestos a la premisa humanitaria relegarán a unos de nuestros derechos con más luminosidad, el Derecho Internacional Humanitario.

Como antes se había referido, en esta **Segunda Etapa** se diferencian dos períodos, dividiéndose por tanto la misma en **dos fases, una Primera** que se iniciará tras el Convenio de La Haya de 1907, hasta el año 1939, antes del inicio de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), y una **Segunda** que comprenderá desde el inicio de la Segunda Guerra Mundial



(1939-1945), hasta el periodo actual del año 2005.

**1.1) PRIMERA FASE 1907-1939 (DESPUÉS DEL CONVENIO DE LA HAYA DE 1907, HASTA EL AÑO 1939, ANTES DEL INICIO DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (1939-1945))**

Durante el primer tercio del siglo XX, resultó muy llamativa la proliferación de iniciativas para regular diversos aspectos de la guerra marítima, que demostraban una clara inquietud por este tema, publicándose un importante número de textos, que aunque no se refirieran al transporte sanitario en dicho medio, se ha creído de interés, al menos, hacer una breve reseña de los mismos, dada la vinculación con el tipo de conflicto armado, y con su espacio en el tiempo y su relación respecto a las normas reguladoras del transporte sanitario marítimo.

Después se tratará sobre uno de los acontecimientos Bélicos con mayor trascendencia hasta la fecha, la Primera Guerra Mundial (1914-1918), en la que sería de aplicación el X Convenio de La Haya de 1907. Por tanto, aparte de exponerse aquellas cuestiones relativas a las causas que llevaron al conflicto, las partes participantes en él, los diversos frentes, y su final, se detallará especialmente un hecho de gran relevancia para la historia del socorro marítimo, como fue la batalla naval de Jutlandia, iniciada el 31 de mayo de 1916, y en la que se produjo el mayor enfrentamiento entre buques de superficie durante el siglo XX. Solo la flota inglesa registró el número de 5.553 ahogados.

También se hará hincapié en las consecuencias que tuvo

dicho conflicto armado con respecto al cumplimiento del referido X Convenio de La Haya de 1907, ya que su aplicación fue puesta en compromiso por la grave oposición de las potencias y por los graves incidentes acaecidos. Alemania atacó y hundió a buques hospitales, basándose que servían para el transporte de tropas y municiones. Ello conllevó a que las potencias adversarias hicieran escoltar militarmente sus barcos hospitales, renunciado al beneficio de protección que les brindaba el Convenio de Ginebra.

Habría que esperar la llegada de otro gran acontecimiento bélico, como sería la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), para, ante la confirmación de nuevos ataques y hundimientos de un cierto número de buques hospitales, especialmente en el Extremo Oriente<sup>667</sup>, para agilizar el desarrollo de una nueva normativa, cuestión que se tratará más adelante.

Desde 1907, después de la Convención de La Haya, hasta el año 1949, como antes se ha señalado, no se va a producir ninguna actividad reguladora en materia del transporte sanitario marítimo. No obstante, en esta primera fase, existirán diversas circunstancias relacionadas con el objeto del estudio, que para completar el mismo es necesario aportar.

Se expondrán por tanto, en esta fase, aquellos eventos que se iban a relacionar con el transporte sanitario marítimo, como el de las embarcaciones de salvamento, que en la Conferencia de Oslo de 1917, abordó el problema de que la X Convención de La Haya de 1907, no contenía reglas que asegurasen la debida protección de estas embarcaciones en caso de conflicto armado.

---

<sup>667</sup>Jean Pictet. *Desarrollo y principios del Derecho Internacional Humanitario*. Publicado por el Comité Internacional de la Cruz Roja. Referencia 2059. 31-12-1986.

También se expondrá otro importante acontecimiento relacionado con las embarcaciones de salvamento, pues en 1924 con motivo de celebrarse en Londres el primer centenario de la presentación de la RNLI, se creaba la Internacional Lifeboat Conference, (I.L.C.), que desde 1928 se reuniría cada cuatro años, para tratar, en general, de aspectos relativos a las operaciones de búsqueda y rescate en el mar y, en especial, de la protección de las embarcaciones de salvamento en períodos de conflicto armado. Por tanto, se hará referencia a aquellas Conferencias y reuniones de expertos que incidirían sobre esta cuestión.

Por último, se expondrán todos aquellos Congresos que trataron cuestiones relacionadas con la sanidad y el transporte sanitario, especialmente en los conflictos armados, como fue el caso del Congreso de Medicina y Farmacia Militares de 1925, sobre la evacuación de enfermos y heridos por agua y aire y servicios de sanidad en operaciones combinadas; o el Congreso de 1930 organizado en Londres, también por el citado colectivo, que trató de la necesidad de que determinados mercantes se construyeran con planos para futuros buques hospitales, para su rápida transformación en tiempo de guerra, así como los medios técnicos quirúrgicos que debe incorporarse en este tipo de buques; o el Congreso de 1933, organizado en Madrid, sobre el traslado de los heridos de un buque de guerra a un buque hospital.

En cuanto al transporte sanitario aéreo en los conflictos armados, será esta primera fase la que marque una época fundamental, pues se construirán los pilares de su regulación, así como el alumbramiento de la primera norma

que serviría de base para su posterior evolución. Ya antes de la Gran Guerra se habían realizado estudios y pruebas de estos modelos de aparato, para que sirvieran para el uso sanitario, aunque todavía era pronto, pues, los conocimientos técnicos de la aviación eran incipientes, y no se daban las garantías suficientes de su seguridad. Habría que esperar unos años más para descubrir que la aviación sería, por una parte, una de las armas más peligrosas y efectivas, a la que todos los Estados se apuntarían y, por otra, y dentro del aspecto sanitario, una cuestión de difícil regulación, dadas sus especiales características, ya que mientras se realiza una búsqueda de heridos, o su traslado, puede ocurrir que la tripulación de la aeronave sanitaria descubra posiciones, pudiendo facilitar información militar.

Después de finalizar la guerra se presentaron iniciativas para estudiar la posible neutralización de la aviación sanitaria, así como diversas demostraciones prácticas de estos aparatos.

Se reseñarán especialmente las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja a partir de la X Conferencia de 1921, pues fueron un marco adecuado para que se dieran los espaldarazos suficientes, a instancia del CICR, para que se llevara a efecto la ansiada reglamentación. Merecen su mención la citada X Conferencia de 1921, donde se descubre el interés por el Transporte Sanitario Marítimo; la XI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1923, en donde se debate intensamente sobre su inmunidad y se presentan demostraciones prácticas de estos aparatos; la XII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1925, que aprueba un proyecto que sería el primero sobre la Convención de la adaptación a la guerra aérea de los

principios de la Convención de Ginebra de 1906, presentándose a instancia del CICCR un estudio de la inmunidad de la aviación sanitaria en los conflictos armados; la XIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1928, que reconocía la importancia de este transporte en tiempo de guerra, promoviendo las gestiones pertinentes en los organismos públicos y privados de los países de las diferentes Sociedades Nacionales de Cruz Roja para dotar de medios a esta aviación, especialmente en el de infraestructuras para campos de aterrizaje. También se debe hacer mención a aquellos congresos de carácter internacional, como el de Medicina y Farmacia Militares, que en coordinación con el citado CICR, permitieron recoger las pertinentes observaciones para obtener mayor profundidad en el estudio de la inmunidad de los aviones sanitarios.

Se empezaba a prever que las naciones buscarían poseer importantes medios de transporte aéreo, para asegurarse el traslado de los enfermos y heridos en menor tiempo y en condiciones más seguras.

Tras variadas propuestas y proyectos presentados a instancia del CICR, y los correspondientes estudios de expertos, habría que esperar a la Convención de Ginebra de 1929, para obtener la ansiada regulación del transporte sanitario aéreo, aunque el mismo, no conllevara todas aquellas iniciativas y propuestas trabajadas durante los anteriores años. Solo en un artículo se establecía la pretendida inmunidad, y con ello el nacimiento del derecho del transporte sanitario en los conflictos armados.

Por otra parte, no se deben olvidar todas aquellas iniciativas referidas a promover la regulación de la guerra

aérea, como el Código de las Reglas Aéreas de 1922, en el que se trataba de la inmunidad de la aviación sanitaria en los conflictos bélicos.

En los años posteriores se incrementó el aseguramiento de este transporte para el período de paz, cuya tecnología en rapidez y seguridad se iban acrecentando cada vez más, obteniendo mejores resultados.

Habría que esperar a que finalizase la Segunda Guerra Mundial, cuyo conflicto promovió una rápida y más completa actuación reguladora en el transporte sanitario aéreo, para el desarrollo del mismo y para dar respuesta a los problemas de su actividad durante una confrontación bélica. En 1949 se alumbraba la Convención de Ginebra.

## **1.2) La necesidad de reglamentar diversos aspectos sobre la guerra marítima.**

Aunque todavía habría que esperar desde 1907 hasta 1949 para que se estableciera una nueva norma convencional de Derecho Internacional Humanitario para la guerra marítima, cabe indicar que no obstante, durante dicho período, hubo una gran proliferación de textos que tratarían especialmente de la regulación de la guerra marítima. Por ello, se ha creído significativo reseñarlos, pues reflejan la inquietud existente en los Estados para dar respuestas y soluciones en este tipo de conflicto, y sirven, como base para conocer las diversas iniciativas y comparar en el tiempo los demás acontecimientos de singular importancia.

Se comenzará por el Código de Stockton<sup>668</sup>, y un manual sobre el derecho de la guerra naval, que editó la marina de Estados Unidos<sup>669</sup>, que versan sobre la guerra marítima, cuyas publicaciones serán del año 1900. Aunque la fecha es de antes de 1907, se reseñan por ser los primeros textos del siglo XX que tratarían de regular dicho conflicto.

Posteriormente se promovieron otros textos como los que a continuación se citan:

-Un decreto alemán de 1909, relativo a las presas de guerra, que exigía la puesta en libertad incondicional de la tripulación cuando se apresara un navío neutral por contrabando o por haber violado un bloqueo.

-La Declaración de Londres de 1909, la cual disponía la obligación de poner a salvo a los miembros de la tripulación que se hallaran a bordo de un buque neutral, antes de destruirlo. Cabe señalar que en su artículo 29 se establecía que no se consideraba contrabando de guerra los objetos y materiales que sirven exclusivamente para asistir a los heridos y enfermos. Esta Declaración no fue ratificada por ningún Estado, aunque algunos la observaron en la práctica<sup>670</sup>.

-El Protocolo Adicional a la Convención de establecimiento de un tribunal de Presas, firmado en La Haya el 19 de septiembre de 1910, el cual no entró en vigor al no ser ratificado<sup>671</sup>.

---

<sup>668</sup> José Luis Rodríguez-Villasante. Guerra y derecho. La regulación jurídica en los conflictos armados. Revista General de la Marina. Página 802. Junio 1988.

<sup>669</sup> Ashley Roach. El derecho de la guerra naval a la vuelta de dos siglos. Revista American Journal of international Law. Volumen 94-nº 1. Página 3. Enero 2003.

<sup>670</sup> José Luis Fernández-Flores y Funes. Obra ya citada.

<sup>671</sup> José Luis Fernández-Flores y Funes. Obra ya citada.

-El Manual de las leyes de la Guerra Marítima de 1913, que dispone de 116 artículos más una disposición adicional. Este Manual se creó por el deseo expresado en la Conferencia de La Haya de 1907 de elaborar un Reglamento sobre las leyes y usos de la guerra marítima<sup>672</sup>.

-El Manual de Oxford sobre las leyes de la guerra naval entre beligerantes, de 9 de agosto de 1913, adoptado por el Instituto de Derecho Internacional que contiene una gran compilación del derecho de la guerra naval, titulado "The law of naval War governing the relations between belligerents"<sup>673</sup>, el cual no es vinculante.

-Las Reglamentaciones japonesas de 1914, entre las que se prohibía detener como prisioneros de guerra a los tripulantes de un buque neutral capturado.

-El Comité Internacional, en relación con la Ordenanza alemana de 29 de enero de 1917, que anunciaba que "a priori los buques-hospitales de los Estados enemigos serán atacados y torpedeados", se pronunció en el sentido de que dicha cuestión consagraba una violación directa y evidente de la Convención de 1907<sup>674</sup>. Así mismo, también manifestó que permitir atacar a los buques-hospitales era golpear y condenar a muerte a los heridos y enfermos que se podían transportar, y que consagrar esta postura significaría, en especial de la citada protección, una anulación del sentido de la Convención de 1907.

El Gobierno alemán declaraba en su memoria de 29 de enero de 1917 que tenía constancia de que en 1915, los B.H. transportaban munición, y que era usual que los mismos

---

<sup>672</sup> Esperanza Orihuela Calatayud. Obra ya citada.

<sup>673</sup> Ashley Roach. Publicación ya citada.

<sup>674</sup> Paul Gauttes. Revista Internacional de la Cruz Roja, 1917.



transportasen tropas armadas.

-Después de la entrada de Estados Unidos en la primera Guerra Mundial, el 6 de abril de 1917, el Secretario de Marina dictó unas normas de uso: "Instructions for the Navy of the United States Governing Maritime and Aerial Warfare"<sup>675</sup>.

Con anterioridad a la Primera Guerra Mundial se observó un conveniente equilibrio entre necesidades militares y civiles, adecuado a los usos navales del Siglo XIX. En el futuro, no sería igual.

-En la Conferencia Naval de 1921-1922, celebrada en Washington, se recomendó la prohibición de los submarinos por tratarse de armas asesinas y piratería. Este Tratado no llegó a entrar en vigor<sup>676</sup>.

-La Convención de La Habana de 20 de febrero de 1928 sobre neutralidad en la guerra marítima, incluía las reglas de la Convención XIII de 1907 y entró en vigor el 12 de enero de 1931.

-Tratado de Montreaux de 1936 sobre la guerra naval.

-El Proces-verbal de Londres de 6 de noviembre de 1936, relativo a las reglas sobre la guerra submarina, está en relación con la parte IV del Tratado de Londres de 22 de abril de 1930 y entró en vigor el 6 de noviembre de 1936<sup>677</sup>.

---

<sup>675</sup> Ashley Roach. Publicación ya citada.

<sup>676</sup> José Luis Fernández-Flores. Obra ya citada.

<sup>677</sup> Mallison, Sally V. Mallison, W. Thomas. *Naval Targeting: Lawful Objects of attack*. Publicado en *International Law Studies* 1991: *The Law of Naval Operations*, Robertons, Sr. Horace B. (dir) Naval War College Press, Newport, Vol. 64, página 247.

-Acuerdo de Nyon de 14 de septiembre de 1937 (y el suplementario de 17 del mismo mes y año) sobre ataques de submarinos a barcos mercantes. Fue aprobado con ocasión de la guerra civil española, entrando en vigor en la fecha antes citada<sup>678</sup>.

-En el ámbito de la guerra aérea, cabe resaltar la Reunión de Madrid del Instituto de Derecho Internacional de 1911, por la cual se recomendó que la guerra aérea no debería causar a la población civil un daño mayor que la guerra terrestre o marítima. Esta recomendación no tuvo repercusión entre los Estados a efectos de legislación<sup>679</sup>.

Por otra parte, se puede señalar que esta reunión fue la base para iniciar la elaboración de una normativa específica para la guerra aérea, la cual fue promovida por el Instituto de Derecho Internacional, de acuerdo con su Resolución de 22 de abril de 1911, adoptada en Madrid<sup>680</sup>.

-El Comité Internacional de la Cruz Roja, el 11 de noviembre de 1920, expuso la necesidad de disponer de una reglamentación específica, lo que sería encomendado a la Conferencia de Washington de 1922, en la que nada se acordó sobre la guerra aérea, dando prioridad a la guerra submarina y a los gases tóxicos.

-Una Comisión de Juristas compuesta de Delegaciones de los cinco países participantes en la Conferencia de Desarme de Washington, Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Italia y Japón, se reunió en La Haya el 11 de diciembre de 1922

---

<sup>678</sup>José Luis Fernández-Flores y Funes. Obra ya citada.

<sup>679</sup>Renato Nuño Luco. *La guerra aérea y el Derecho Internacional Humanitario*. Publicado en *Derecho Internacional Humanitario y temas de áreas vinculadas*. Lecciones y Ensayos. N° 78. Buenos Aires. CICR. 2003.

<sup>680</sup>L. Oppenheim. *Tratado de Derecho Internacional Público*, tomo II, vol. II. Bosch. Barcelona, 1967, página 65.

hasta el 12 de febrero de 1923. A los citados Estados participantes se sumó una representación holandesa. La versión del Reglamento de La Haya sobre la Guerra Aérea, *Las Reglas de la Guerra Aérea (RGA)*, que fue aprobada y firmada por la Comisión el 19 de febrero de 1923, consta de 62 artículos<sup>681</sup>. Entre ellos se incluye solo un artículo, relativo a la aviación sanitaria, el n° 17, que resulta especialmente interesante, por disponer los principios afirmados por la Convención de 1906 y por la Convención de 1907, para la adaptación de aquella a la guerra marítima, que debían ser aplicados a la guerra aérea y a los transportes sanitarios aéreos. Esta disposición sería el primer proyecto de regulación del transporte sanitario aéreo en los conflictos armados. Además se establecía que debía ostentar el emblema de la Cruz Roja, para su protección. Sin embargo, el texto no fue adoptado convencionalmente, pues tales reglas no resultaron ratificadas por los Estados que mantuvieron representación.

### **1.3) Primera Guerra Mundial (1914-1918) y el X Convenio de La Haya de 1907.-**

#### **1.3.1) Introducción: Las causas que provocaron el Conflicto.-**

El ascenso al trono alemán en 1890 de Guillermo II y la consiguiente destitución del anciano Bismarck como canciller, supuso un cambio en la política exterior alemana

---

<sup>681</sup>Dietrich Shindler y Jiri Toman. *The Laws of Armed Conflict*. 3ª edi. Martinus Nijhoff Publishers/Henry Dunant Institut. Dordrecht/Geneva, 1988, pág. 207-217.

que inició el proceso que finalmente llevó a la I Guerra Mundial.

Bismarck había construido una compleja red de tratados internacionales cuyo elemento clave era la *Triple Alianza o Tríplíce* (1882) que ligaba a Alemania con Austria-Hungría e Italia. El delicado *edificio diplomático* construido por Bismarck se vino abajo con la nueva *Weltpolitik* impulsada por Guillermo II.

En los años previos al conflicto se habían configurado dos grandes alianzas en torno a las que van a pivotar los bloques enfrentados en la Gran Guerra: la *Triple Entente*<sup>682</sup> y la *Triple Alianza*<sup>683</sup>.

Durante la década anterior a la Gran Guerra, existía un creciente enfrentamiento entre potencias que dio lugar a varias crisis. De entre ellas se debe destacar la de las guerras balcánicas (1912-1913), la primera contra Turquía y la segunda interna (Serbia, Grecia y Montenegro contra Bulgaria).

Las guerras balcánicas provocaron el vuelco en la situación en la zona, pues Turquía quedó reducida en los Balcanes a la región en torno a Estambul, y Serbia (aliada de Rusia y defensora de los derechos de los eslavos en el imperio austro-húngaro) se consolidó como el principal estado de la región. Austria-Hungría, apoyada por Alemania, resolvió

---

<sup>682</sup> Triple Entente (1907): Alianza que estaba conformada por la alianza franco-rusa de 1893, la Entente Cordiale franco-británica de 1904 y el acuerdo anglo-ruso de 1907. Juan Carlos Ocaña, fuente ya citada.

<sup>683</sup> Triple Alianza (1882): esta alianza estuvo diseñada por Bismarck, que optó por Austria-Hungría e Italia, la cual pensaba que su adhesión a la tríplíce y su asociación a Alemania podría hacerla acceder al rango de gran potencia. Los tres países acordaron apoyarse mutuamente en caso de ser atacados por Francia o por Rusia. Juan Carlos Ocaña, fuente ya citada.

castigar a Serbia pero Rusia estaba decidida a no permitirlo.

Otro hecho relevante que acentuó la crisis fue el atentado perpetrado en Sarajevo en el verano de 1914, cuando fue asesinado el Archiduque Francisco Fernando, sobrino del Emperador Francisco José I y heredero al trono austro-húngaro.<sup>684</sup>.

Así el 23 de julio, tras asegurarse el apoyo alemán, Austria-Hungría lanzó un ultimátum a Serbia. El 28 de julio, Austria-Hungría declaró la guerra a Serbia. El 30 de julio, Rusia inició la movilización general. El 1 de agosto, Alemania declaró la guerra a Rusia. Francia inició la movilización general. El 3 de agosto, Alemania declaró la guerra a Francia. El 4 de agosto, Alemania invadió Bélgica, lo que provocó que el Reino Unido le declarara la guerra<sup>685</sup>.

### **1.3.2) Las Partes en el Conflicto Bélico y los diferentes frentes.-**

Al estallar la Gran Guerra hay dos bandos enfrentados. A continuación se detallan los principales países contendientes y el año en el que entraron en el conflicto: Año 1914.- En la Entente se encuentran Francia, Reino Unido, Serbia, Bélgica y posteriormente Japón, frente a Alemania, Austria-Hungría y Turquía.

Años 1915/1916.- A los Aliados se suman Italia (1915) y Rumania (1916), mientras que Bulgaria se une a los Imperios Centrales (1915).

---

<sup>684</sup> Juan Carlos Ocaña. Fuente ya citada.

<sup>685</sup> Juan Carlos Ocaña. Fuente ya citada.

Año 1917.- Del lado de la Entente, entran en juego Estados Unidos y Grecia.

Año 1918.- Se produce el abandono de Rusia (Paz de Brest-Litovsk).

En cuanto a los diferentes frentes que existieron en la guerra, cabe señalar especialmente al Occidental y al Oriental, aunque también puede hablarse de otros a los que se incorporaron Japón y Turquía.

En el Frente Occidental, que contaba con el Plan Schlieffen, y que buscaba el ataque alemán contra Francia a través de la neutral Bélgica, tiene lugar la batalla naval de Jutlandia, en mayo y junio de 1916, donde se reafirmó el bloqueo naval de Alemania. Dicha confrontación será posteriormente objeto de análisis, dada su especial relevancia en el marco bélico marítimo.

En el Frente Oriental, los alemanes se impusieron al avance inicial de Rusia, aunque no de forma definitiva.

En otros frentes estaba Japón, que entró en guerra el 20 de agosto y se anexionó Tsingao (posesión alemana en China). Turquía entró en guerra en noviembre.

### **1.3.3) La Batalla de Jutlandia.-**

#### **1.3.3.1) La Estrategia.-**

Los Imperios Centrales se enfrentaron durante la Primera Guerra Mundial, a un viejo problema, que ya había intentado resolver Napoleón más de un siglo antes: cómo podía una potencia terrestre (Alemania) derrotar a una potencia naval (Gran Bretaña). Mientras Inglaterra fuera la dueña de los mares, era imposible que Alemania pudiera derrotarla,

puesto que la historia siempre ha demostrado que un imperio terrestre para poder derrotar a un imperio marítimo ha tenido que hacerlo por medio de victorias en el mar.

Desde tal premisa la destrucción de la Royal Navy, suponía el fin y la derrota de Gran Bretaña.

La Batalla de Jutlandia fue el mayor enfrentamiento naval entre buques de superficie durante el siglo XX. En ella se enfrentaron las flotas de alta mar de las dos principales potencias en guerra, Alemania e Inglaterra. Esta batalla tuvo lugar en mayo y junio de 1916. La flota alemana eludió durante bastante tiempo el combate con la flota naval británica, permaneciendo en sus puertos.

A priori, la Royal Navy contaba con todas las ventajas para destruir a su oponente, pero el desenlace final fue incierto, aunque la mayoría de los autores están de acuerdo en que fue una victoria táctica alemana, y una victoria estratégica británica. Desde luego, a partir de Jutlandia, la Flota de Alta Mar alemana no participó en ninguna acción de relevancia, y se mantuvo prácticamente el resto de la guerra anclada en sus bases.

La estrategia de los británicos era evitar la llegada de suministros al enemigo, bloqueando el Canal Inglés del Mar del Norte y el Mar del Norte. Este sistema de bloqueo tipo a distancia, había sido tremendamente efectivo durante los dos años transcurridos de guerra hasta 1916. El personaje clave en las operaciones de la Marina alemana que desembocaron en la Batalla de Jutland (para los británicos) o Skagerrakschlacht para los germanos, fue el Vicealmirante Reinhard Scheer, que tomó el mando de la Flota de Alta Mar alemana en enero de 1916.

La Flota de Alta Mar alemana no estaba en condiciones de enfrentarse directamente en mar abierto con la Royal Navy, puesto que ésta la doblaba en número, y además sus navíos eran mayores y más poderosos, siendo su estrategia la de arriesgar su flota en escaramuzas que fueran debilitando poco a poco a la Armada Real, hasta tener un tamaño más asequible a la Marina alemana. En definitiva, había que sacar a la "reina" de su base, lo cual llevó a los alemanes, bajo la dirección de Scheer, a contrarrestar el poderío de la Royal Fleet aplicando desde el principio una táctica de destrucción limitada, pero progresiva y constante, de pequeños grupos o unidades de combate británicos<sup>686</sup>

#### **1.3.3.2) Las Víctimas en el combate naval de Jutlandia, y la actividad sanitaria.-**

La batalla duró dos días y técnicamente no hubo un vencedor. El total de fuerzas de la "gran flota" era de unos 60.000 hombres; en este encuentro los británicos perdieron catorce barcos, con 6.100 bajas, siendo el número de heridos de 674. El porcentaje de heridos fue de 1,12 y el de muertos de 10,02. Los alemanes perdieron once barcos, con 2.500 bajas. Como puede observarse, el número de heridos no guarda relación con el de muertos, aunque la desproporción disminuye si se tiene en cuenta que un gran número de muertos fueron ahogados: 3.301 solamente por el hundimiento de tres cruceros de combate<sup>687</sup>.

---

<sup>686</sup> Enrique Gómez Hernández. La Batalla de Jutlandia. (31.05.1916 1ª Parte) Revista Naval, Año 1, Volumen 1, Nº1, septiembre 2002.

<sup>687</sup> Comandante Médico José Rueda. Revista General de Marina, Tomo CXII, 1993.



La mayor parte de los heridos lo fueron por proyectiles y quemaduras; pero el número de muertos fue muy variable por unas u otras causas en los diferentes buques.

En el *Barham*, por ejemplo, todos los muertos (22) lo fueron por proyectil y en el *Malaya* todos (33) de quemaduras. En los buques *Princess Royal* y *Tiger*, todos los muertos (19 y 20 respectivamente), lo fueron de heridas de proyectil<sup>688</sup>.

En los combates navales modernos el mayor número de bajas es de ahogados; esto es, lo contrario de lo que ocurría en los tiempos de buques de madera. En el combate de Lissa, que tuvo lugar en el periodo de transición de los buques de madera a los de acero, los italianos perdieron 615 hombres, de los cuales solamente cinco fueron muertos por fuego de cañón y los demás perecieron ahogados<sup>689</sup>.

En Jutlandia el número de ahogados por parte de la flota inglesa fue de 5.553 en total, algunos de los cuales muy posiblemente fueron muertos antes de hundirse los barcos por fuego de cañón. El *Lion* tuvo 95 muertos y 51 heridos (11,87% y 4,15%), de los cuales cinco murieron a consecuencia de las heridas<sup>690</sup>.

En la flota inglesa las lecciones dadas por los médicos a las dotaciones de los buques antes de la guerra hizo que aquéllas estuvieran familiarizadas con los primeros socorros a los heridos, y sus buenos resultados se demostraron cumplidamente en éste y en una porción más de casos, en que el personal médico fue insuficiente por su

---

<sup>688</sup> Comandante Médico José Rueda. Publicación ya citada.

<sup>689</sup> Comandante Médico José Rueda. Publicación ya citada.

<sup>690</sup> Comandante Médico José Rueda. Publicación ya citada.

número necesariamente reducido y por las especialísimas condiciones de los buques en este sentido.

En el *Barham* la mayor parte de la organización médica fue desordenada al principio del combate, debido a que la enfermería de combate de proa, que era la principal, y el depósito de material adyacente fueron destruidos por un proyectil<sup>691</sup>.

En el *Varrior* también fue destruida la enfermería de combate de popa, salvándose el Médico casualmente.

Un depósito de distribución de material sanitario del *Tiger* también fue destruido y el personal de Sanidad de este nuevo buque tuvo muy cerca del 50% de bajas.

Hasta la tarde del primer día de junio no se tocó "seguridad" y entonces en todos los buques los heridos fueron trasladados en el número posible a las enfermerías ordinarias hasta la llegada a la base el día dos, en que fueron trasladados a barcos hospitales u hospitales de tierra.

Después del desenlace de la contienda marítima, la flota alemana, a pesar de haber tenido un resultado relativamente favorable, no volvió a desafiar durante el resto del conflicto a la Gran Flota Británica, permitiendo que ésta continuara con su dominio del Mar del Norte. Tras ello, los alemanes pusieron todas sus esperanzas en la guerra submarina<sup>692</sup>.

---

<sup>691</sup> Comandante Médico José Rueda. Publicación ya citada.

<sup>692</sup> Juan Carlos Ocaña. Página web [clio.rediris.es/udidactica/IGM/tratados.htm](http://clio.rediris.es/udidactica/IGM/tratados.htm)

#### **1.3.4) La Actuación de los Barcos Hospitales en la Primera Guerra Mundial.-**

Durante la Gran Guerra, Francia utilizó los B.H. como transportes de heridos durante la evacuación de los servios a Corfou, Bicerda, Argelia y Túnez; la mayoría de ellos eran enfermos de tifus exantemático y cólera, que morían en gran número en el mismo barco; el B.H. *Saint François d'Assise* arrojaba al mar de 100 a 150 muertos diarios.

A fines de 1916, Francia disponía de numerosos buques-hospitales: entre ellos, el *Bieu-Hoa*, *Duguay-Troin* y el *Vinh-Long* eran tres antiguos transportes de la Marina de guerra; los restantes (*Sphinx*, *Divona*, *Tchac*, *Bretagne*, *Andre-Lebon*, *Asie*, *Ceylan*, *Lafayette*, *Navarre*, *Flandre...* etc.) eran mercantes transformados en B.H.

Inglaterra disponía del *Britannic*, *Bremer-Castle*, *Gloucester-Castle*, *Dover-Castle*, *Asturias*, *Reuwa*, *Sicilia*, *Soudan*, *Canadá*, *Mauritania*, *Ceylan*, *Salja*, *Donegal*, *Lanfranc*, *Anglia...*etc.

Italia, al entrar en la guerra, sólo tenía preparado el B.H. *Albaro*, destinado a repatriar enfermos y heridos del ejército de ocupación de la costa de Libia; pero, a fines de 1915, tenía ya en acción cuatro más, el *Re y Regina d'Italia* (empleados ya en la guerra de Libia), el *Brasile*, el *Italia* y el *Ferdinando Palasciano* (antiguo *Koenig-Albert*, mercante alemán incautado), y en 1916 habilitó el *Córdova*, el *Santa Lucía* y el *Marchiaro*. En total, los B.H. italianos transportaron 140.423 bajas, de las cuales murieron a bordo 436. El que batió el record fue el *Albaro*, transportando 29.395 enfermos y heridos.

Alemania tuvo un gran número de buques-hospitales: *Schleswig, Imperator, Sierra Ventana, Hansa, Kelrwieder, Adler, Viola, Ophelia, Titonia*, etc.

Cabe indicar que salvo Alemania, los demás países no tuvieron en la guerra europea una verdadera organización de sus buques-hospitales; los emplearon a medida que iban surgiendo los acontecimientos, y especialmente para evacuación.

Es significativo el dato de que en agosto de 1914, al comenzar la guerra y con motivo de creer en un inminente ataque de la escuadra inglesa a la costa alemana, el Almirantazgo alemán preparó apresuradamente cuatro grandes mercantes en B.H. Esta labor la realizaron en diez días.

En Inglaterra, a los cuatro días de la orden de movilización, tres transatlánticos estaban convertidos en B.H., y perfectamente dotado de personal y material para salir al mar. Tres semanas después, seis barcos más estaban convertidos en B.H.<sup>693</sup>

#### **1.3.5) Francia y el primer Texto sobre la Reglamentación del Servicio Sanitario a bordo de los Buques-Hospitales y el personal militarizado de 1915.-**

A poco de romperse las hostilidades, en septiembre de 1914, ya algunos buques-hospitales funcionaban en el mar del Norte en tanto que otros repatriaban los enfermos de la escuadra francesa, que operaba en el Mediterráneo. Estas naves habían sido armadas a toda prisa y realizaban su cometido sin que ninguna reglamentación oficial lo

---

<sup>693</sup> Francisco Pérez Cuadrado. Comandante Médico. B.H. RGM. Tomo CXVII. 1935.

especificase y sin más instrucción por parte del Ministerio de Marina que la de respetar todas las prescripciones de la Convención de Ginebra.

Por fin, el 6 de octubre de 1915, y dado el aumento considerable que experimentó el número existente de esta clase de barcos con la expedición a los Dardanelos y la de Salónica, apareció el primer reglamento especial de tal servicio. Cabe resaltarse que en el mismo se omitió el procedimiento de señalar detalladamente, artículo por artículo, las respectivas facultades a bordo de cada uno de los distintos funcionarios de esos establecimientos flotantes, dando lugar a que se dividiera la responsabilidad entre el comandante del barco y el médico jefe del hospital. Un ejemplo de ello fue el caso del médico jefe del Lafallete, que tenía facultades tan amplias que, considerado como Comisario del Gobierno, era el único juez y responsable de todas las operaciones efectuadas por el barco que, claro está, no podían ser más que de orden sanitario, quedando en manos del comandante la dirección náutica y la seguridad del bajel<sup>694</sup>.

La citada instrucción de 6 de octubre fue el único acto fundamental que presidió en Francia el funcionamiento de los buques-hospitales.

#### **1.3.6) El X Convenio de La Haya de 1907 y su aplicación en la Primera Guerra Mundial.-**

La Primera Guerra Mundial fue una prueba de conocimiento de la validez y eficacia del X Convenio de La Haya de 18 de

---

<sup>694</sup>Arturo Armada, Capitán de fragata. Del tiempo de la guerra. El buque-hospital. Revista General de Marina, tomo LXXXI. 1921.

octubre de 1907 para adaptar a la guerra marítima el Convenio de Ginebra, revisado en 1906. También sirvió para conocer el cumplimiento de las partes en el conflicto bélico, así como la actividad y organización de los transportes sanitarios en la batalla naval.

Durante el período de confrontación de la Gran Guerra, se produjeron de graves impugnaciones por parte de las potencias beligerantes, así como acontecimientos que comprometieron la aplicación de X Convenio de La Haya de 1907.

La flota de una de las partes en el conflicto, atacó y hundió a buques hospitales. Alemania aprobó una Ordenanza de 29 de enero de 1917, que anunciaba que "a priori los buques-hospitales de los Estados enemigos serán atacados y torpedeados". El motivo en que se basaba era que dichos buques servían para el transporte de tropas y municiones<sup>695</sup>. Por otra parte, el derecho de visita del que puede valerse, cuando una de las partes sospecha que el objeto del buque hospital no se corresponde con el contenido del citado X Convenio, no se llegó a realizar, justificándose en que disponía de submarinos.

El artículo cuarto, de la X Convención de La Haya de 1907, establecía entre otras cuestiones, el derecho de inspección y visita a los buques hospitales por los beligerantes, así como la exigencia de que se alejasen, imponiéndole una dirección determinada, incluso hasta detenerlos si las circunstancias lo exigieran. Por tanto, existiendo una norma para prevenir el supuesto abuso, se debieron haber tomado todas las medidas que a la misma le asistían para su

---

<sup>695</sup>Francisco Pérez Cuadrado. Obra ya citada.

comprobación, procurando el fin de un buque hospital que no cumpliera con su objeto, sin optar por un ataque al mismo, pues ello conlleva una violación directa y evidente de la Convención de 1907<sup>696</sup>.

Así se pronunció el Comité Internacional, el cual también manifestó que permitir atacar a los buques-hospitales, era golpear y condenar a muerte a los heridos y enfermos que se podían transportar, y que consagrar esta postura significaría, en relación con la citada protección, una anulación del sentido de la Convención de 1907<sup>697</sup>.

El hecho de que una embarcación sanitaria no actúe de acuerdo a lo establecido en la Convención, en ningún caso permite optar por el ataque a todas las naves hospitales. Por lo que se deben agotar todas las posibilidades que brinda la norma, las cuales permiten el referido derecho de control y visita de todos los buques hospitales sin excepción, pudiendo asegurarse de que no se cometiese ningún abuso por aquellos buques cuyo único cometido era la asistencia a los heridos, enfermos y náufragos.

De acuerdo con el citado artículo cuarto, se entiende que los beligerantes tenían poderes suficientes para impedir los abusos. Los poderes que se confirieron a los beligerantes fueron reconocidos por todos los Estados que firmaron la Convención. Por ende, el derecho del enemigo que sospecha el abuso, le permite retener al buque hospital

Por otra parte, el artículo ocho de la citada norma, señala que la protección debida a dichos buques, cesa si se usa para "cometer actos invisibles al enemigo", entonces

---

<sup>696</sup>Paul Gauttes. *Revista Internacional de la Cruz Roja*, 1917.

<sup>697</sup>Des Gouttes. *RICR*. 1917.

¿podría un beligerante convencido de que su enemigo abusa de su derecho de protección, transportando tropas y municiones, no cumplir con el respeto a esos buques y considerarse fuera del cumplimiento de la Convención?

El gobierno alemán declara en su Memoria del 29 de enero de 1917, que tiene conocimiento de que las tropas inglesas transportaban municiones en los buques hospitales y que el transporte de tropas en los mismos era frecuente. Pues bien, en base al artículo 14 (adicional) de 1868, el gobierno alemán podría haber suspendido la aplicación de la Convención. No obstante, la Convención de 1868 nunca entró en vigor y este artículo nunca tuvo ocasión de poder ser objeto de aplicación<sup>698</sup>.

El hecho de amenazar con un ataque a un buque hospital del que se sospecha que no cumple su objeto, se debe considerar que no obedece la Convención y por tanto la está violando.

Es cierto que el artículo ocho permite establecer que un buque hospital que transporta armas o tropas, deja de estar protegido, y al ser un buque de guerra puede ser atacado. Pero no es menos cierto que ello no justifica que puedan ser atacados todos los buques hospitales a los que les asiste su derecho de protección.

El CICR rechazó la antes citada Ordenanza alemana de 29 de enero de 1917, por contravenir los principios convencionales, en base a que "no se puede atacar a quien se previene por un acto que pudiera cometer, ni a perseguir a todo individuo por el delito cometido por uno solo"<sup>699</sup>.

---

<sup>698</sup> Des Gouttes. RICR. 1917.

<sup>699</sup> Des Gouttes. Le torpillage des navires hospitaliers. RICR. 1917.



### **1.3.7) El final de la Guerra.-**

En 1917 tiene lugar la crisis definitiva de la guerra, pues el enorme costo de vidas en los frentes, las penurias de la población civil y la conciencia de que la guerra no iba a concluir pronto extendieron el desánimo en todos los países contendientes. Dos acontecimientos claves van a decidir el signo de la guerra: la revolución soviética en Rusia y la entrada de Estados Unidos en el conflicto, pues las cuantiosas pérdidas económicas y humanas, decidieron a Wilson a incorporarse como parte al conflicto bélico en abril de 1917<sup>700</sup>.

En 1918, por fin llega el desenlace. La llegada de las tropas norteamericanas desequilibró definitivamente la balanza a favor de la Entente.

El 29 de septiembre, Ludendorff, jefe del Estado Mayor, aconsejó al Káiser Guillermo II la apertura de negociaciones con Washington para lograr un armisticio sobre la base de los 14 puntos de Wilson<sup>701</sup>.

En octubre se produce la victoria italiana en Vittorio Veneto. Austria-Hungría firma el armisticio el 3 de noviembre.

El Kaiser abdicó y huyó a Holanda. El 11 de noviembre se firmó el alto el fuego, que imponía a Alemania severas cargas.

---

<sup>700</sup> Juan Carlos Ocaña. Fuente ya citada.

<sup>701</sup> Julio Gil Pecharromán. Derrota, nacionalismo y revolución. La caída de las águilas. Revista "la Aventura de la Historia. Año 6. n° 61. Noviembre 2003. Pag. 58-65.

En enero de 1919 se abrieron las puertas de la Conferencia de la Paz para poner fin a la Gran Guerra.

**1.4) Las Embarcaciones de salvamento y la problemática de su protección en los Conflictos Armados: la Conferencia de Oslo de 1917 y el nacimiento de la Conferencia Internacional de Salvamento (I.L.C.) de 1924.-**

**1.4.1) La Conferencia de Oslo de 1917.-**

En esta Conferencia se abordó por vez primera, aquellas cuestiones relacionadas con el transporte sanitario de las embarcaciones de salvamento en los conflictos armados, después de la firma del X Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907<sup>702</sup>.

Cuestiones relativas a la protección del personal de estas embarcaciones y de sus instalaciones fijas, adolecían de contenido en las reglas de la citada Convención.

Por otra parte, se demandaba que las instituciones de salvamento marítimo del mundo, estuvieran representadas en aquellas Conferencias Internacionales que tratasen sobre los temas que pudieran serles de interés.

Se promovía la existencia de una organización internacional, donde estuvieran organizaciones de salvamento de distintos países para dar respuestas uniformes y aprobar acuerdos en beneficio de estas instituciones de orden humanitario.

---

<sup>702</sup> Gilbert Gined. La protección de las embarcaciones de salvamento. Tomo II, RICR. 1955.

#### **1.4.2) El nacimiento de la Conferencia Internacional de Salvamento "International Lifeboat Conference" (I.L.C.) en 1924.-**

Se debe recordar como cuestión previa, aquél trabajo publicado en 1823 por William Hillary titulado "An Appeal to the British Nation on the Humanity and Policy of forming a National Institution for the Preservation of Lives and Property from Shipwrech", en el que se hacía especial hincapié en que las embarcaciones de salvamento deberían acudir en auxilio de las personas y de los buques que lo necesitasen, cualquiera que fuese su nacionalidad y lo mismo en tiempo de paz que en tiempo de guerra. Este fue el nexo común del resto de las Sociedades de Salvamento<sup>703</sup>.

Pues bien, en 1924, en Londres, se creaba la "International Lifeboat Conference" (ILC), con ocasión de celebrarse el primer centenario de la fundación de la Royal National Lifeboat Institution (RNLI). Cabe señalar que en esta primera conferencia organizada por la RNLI, se contó con la presencia de los delegados de sociedades correspondientes a ocho países: Francia, Dinamarca, Japón, Holanda, Noruega, España y Suecia.

El objeto de la ILC era facilitar el libre intercambio de información entre las organizaciones de salvamento de los distintos países, así como crear un foro para el estudio y debate de ideas e innovaciones y técnicas de salvamento.

---

<sup>703</sup> Ángel Luis Díaz del Río Martínez, "La XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos", Madrid, 1987

En la primera conferencia se propuso, por parte de la Imperial Sociedad de Salvamento japonesa, la creación de una Organización Internacional para promover el salvamento de vidas facilitando barcos de salvamento donde fuesen necesarios. Dicha propuesta dio lugar a la siguiente resolución: "Que las Sociedades de Salvamento de Náufragos constituyan una Organización Internacional según los criterios de las Sociedades de Cruz Roja, y que se envíen copias de esta resolución a todos los países marítimos, a la Liga de Naciones en Ginebra y a la Sociedad de Naciones".

Dicha Resolución tuvo un apoyo más moral que efectivo, ya que no consta ningún resultado práctico<sup>704</sup>.

La labor de salvamento de los náufragos, siempre había formado parte del programa de acción de las sociedades de socorro de la Cruz-Roja<sup>705</sup>. Se había promovido una situación para que llevasen a cabo esta misión desde que la Convención de La Haya, de 29 de julio de 1889 (III Convención) extendió a los náufragos los beneficios que la original convención de 22 de agosto de 1864 había garantizado a los heridos y enfermos de los ejércitos terrestres. Sin embargo, todavía esta actividad no había sido objeto de toda la atención que habría requerido. Simplemente algunas menciones por el CICR sobre las acciones en este ámbito de las Cruz-Rojas nacionales<sup>706</sup>.

---

<sup>704</sup> XV International Lifeboat Conference. La Coruña 1-6 de junio de 1987. Cruz Roja Española. 1987

<sup>705</sup> P. Des Gouttes. El salvamento de los Náufragos y el signo de la cruz roja. RICR. 1925.

<sup>706</sup> C-D.W. Boissevain, La Croix-Rouge, la Croix-Orange et la Croix-Verte aux Pays-Bas (Revue, 1919, p. 1440); La Croix-Rouge suédoise et le sauvetage en mer (Bulletin, LII, 1921, p. 882 con mapa); Uruguay, Stations de sauvetage des naufragés (Bulletin, LV, 1924, p. 145).

Quizá haya que atribuir esta reserva al hecho de que la labor de salvamento era, en general, algo localista<sup>707</sup>.

Se debe llamar la atención de casos como el de la "Sociedad francesa de salvamento", la cual se afilió a la sociedad francesa de socorro a los militares heridos en 1909<sup>708</sup> teniendo por objeto la atención de todas las víctimas de la guerra, de enfermedades y de calamidades. Por el contrario, hubo otros como el de las sociedades creadas a favor de los náufragos que no fueron reconocidas por parte de la Cruz-Roja. Este era el caso de la sociedad marroquí para el salvamento de los náufragos, cuyas condiciones de existencia no permitían que fuese considerada como una Cruz-Roja nacional, ni tampoco como una sección de la Cruz-Roja<sup>709</sup>.

La Cruz-Roja internacional todavía no se ocupaba de una forma completa a la actividad del salvamento de los náufragos<sup>710</sup>. No obstante, para conseguir ese espaldarazo, hubo de ser necesaria una circunstancia especial, la Conferencia internacional para el servicio mundial de salvamento (International Conference on the World's Lifeboat Service<sup>711</sup>) celebrada en Londres con ocasión del centenario de la institución inglesa, en julio de 1924.

---

<sup>707</sup> P. Des Gouttes. El salvamento de los Náufragos y el signo de la cruz roja. RICR. 1925.

<sup>708</sup> Bulletin International, XL, 1909, p. 155.

<sup>709</sup> Bulletin International, t. XL, 1909, p. 145.

<sup>710</sup> P. Des Gouttes. El salvamento de los Náufragos y el signo de la cruz roja. RICR. 1925.

<sup>711</sup> The Lifeboat, Journal of the Royal National Life-Boat Institution, nº de noviembre de 1924, y las actas de la conferencia, International Conference on the World's Life-Boat Service celebrada el 1 y 2 de Julio de 1924, en el Westminster City-Hall- Londres, In-8, p. 66.

Era lógico que tras las Convenciones de La Haya de 1889 y de 1907, que extendían a la guerra marítima los principios de la Convención de Ginebra a los náufragos, que las embarcaciones que estuviesen exclusivamente afectadas al salvamento de náufragos, pudieran utilizar el signo distintivo análogo a la de las formaciones sanitarias.

Como antes se ha señalado, en la Conferencia internacional de 1924, el presidente de la sociedad imperial japonesa de Salvamento, el conde Yoshii, presentó la propuesta de que se crease una Organización Internacional de Salvamento, haciendo especialmente hincapié en que dicha organización, fuese similar a la de la Cruz Roja, con sus sociedades nacionales en cada país; difundiendo los métodos y los medios mejores para el salvamento; desarrollándose el interés por esta categoría de víctimas que podían pertenecer a cualquier nacionalidad; así como favorecer la buena voluntad y la ayuda social, para que se aportara su contribución al esfuerzo por la paz y respecto a las aspiraciones del bien común de la humanidad.

Durante la referida Conferencia, el capitán Ottar Vogt, del servicio de salvamento noruego, insistió sobre la utilidad de la adopción de un signo internacional uniforme para las embarcaciones de salvamento, pues los colores de las embarcaciones varían de un país a otro, así también que el salvamento ya empezaba a conocerse en termino coloquial como la "Cruz Roja del Mar"<sup>712</sup>.

Como consecuencia de esta conferencia, la comisión ejecutiva de la Royal National LifeBoat Institution de

---

<sup>712</sup> P. Gouttes. El Salvamento de los náufragos y el signo de la Cruz Roja. CICR. 1925.

Londres se dirigió al Comité Internacional de la Cruz Roja para preguntarle que si una banda roja horizontal, que se cruce por una banda roja trasversal en los flancos de la embarcación podría ser adoptada internacionalmente como signo distintivo, para señalar la presencia de un barco de salvamento. El CICR, se pronunció, primero exponiendo que el signo distintivo de los buques hospitales militares era banda verde sobre fondo blanco y en embarcaciones equipadas por particulares o por sociedades de socorro, banda roja sobre banda blanca. Segundo que los citados signos distintivos, no pueden ser empleados, ya sea en tiempo de paz, ya sea en tiempo de guerra, más que para proteger y señalar a las embarcaciones mencionadas<sup>713</sup>.

Por otra parte, aunque la prohibición general del empleo del uso del signo y del nombre de la cruz roja se establece por las convenciones internacionales (Convención de Ginebra de 1906 y Convención de La Haya de 1907), sin embargo, pertenece a los Estados signatarios de estas Convenciones, en virtud de las mismas prescripciones de estos pactos internacionales, la potestad de promulgar aquellas leyes nacionales necesarias para hacer respetar estas prohibiciones.

El CICR, finalizaba sus respuestas con el apoyo a las propuestas presentadas, en base precisamente de que el salvamento de los náufragos era, una de las especialidades de actividad de varias sociedades nacionales de la Cruz-Roja<sup>714</sup>.

---

<sup>713</sup> P. Des Gouttes. El salvamento de los Náufragos y el signo de la cruz roja. RICR. 1925.

<sup>714</sup> P. Des Gouttes. El salvamento de los Náufragos y el signo de la cruz roja. RICR. 1925.

De nuevo, volviendo a la Conferencia de 1924, ésta concluía con una Resolución que instaba a las Sociedades de salvamento para que constituyesen una Organización Internacional según los criterios de las Sociedades de la Cruz Roja, así como ello lo hicieran extensivo a todos los países marítimos, a la Liga de Naciones en Ginebra y a la Sociedad de Naciones.

No obstante, dicha Resolución sólo fue un apoyo moral, ya que no tuvo ningún resultado práctico<sup>715</sup>.

Después de la Conferencia de Londres de 1924, la siguiente y segunda Conferencia (ILC), se celebró en París, en 1928 y a ella asistieron diecisiete países. Desde entonces la Conferencia (ILC) se reúne cada cuatro años y lo hace en un país diferente. Así en 1932 fue en Holanda y en 1936 en Suecia, no volviéndose a convocar hasta pasada la Segunda Guerra Mundial, en Oslo en 1949. Tras esta Conferencia se darían cita otras en Portugal (1955), Alemania (1959), Escocia (1963), Francia (1967), Estados Unidos (1971), Finlandia (1975), Holanda (1979), Suecia (1983) y España (1987), siendo estas dos últimas las mas significativas con respecto al estudio y propuestas que tuvieron lugar, sobre su papel en los conflictos armados y la normativa internacional al efecto, cuyo resultado y contenido será objeto de una exposición en la siguiente fase de este capítulo III, desde la Segunda Guerra Mundial hasta la actualidad.

---

<sup>715</sup> XV International Lifeboat Conference. La Coruña 1-6 de junio de 1987. Cruz Roja Española. 1987



### **1.5) Congresos de Medicina y la sanidad en el Medio Marítimo.-**

Durante el período de 1907 hasta la Segunda Guerra Mundial (1939), se convocaron varios Congresos de Médicos y Farmacia Militares que trataron de cuestiones relacionadas con el transporte sanitario marítimo.

En primer lugar se tratará del Congreso de 1925, publicado en la RGM de septiembre de 1930, cuya autoría corresponde a Salvador Clavijo, referente a la evacuación de enfermos y heridos por agua y aire y servicios de Sanidad en operaciones combinadas.

En este Congreso se expusieron varias comunicaciones, la primera correspondía al Surgeon-Commander A. Vavasour Elder, de Gran Bretaña, sobre la evacuación de heridos y enfermos por mar, basándose en dos factores: el clínico y el administrativo. El primero en llegar al máximo de rapidez, y el segundo en proporcionar comodidad y seguridad en el transporte. También diferenciaba en el transporte de heridos por agua, tres períodos: el embarque y el tipo de embarcación, el tránsito de éste a la base a que se destine, y el desembarque. Concluía que el medio más simple para embarcar heridos en un buque es izando el bote que transporta las camillas o cois por medios de pescantes, hasta descargar en cubierta<sup>716</sup>.

---

<sup>716</sup> Salvador Clavijo y José Rueda. Sección de Medicina Naval.RGM. Tomo CVII. 1930.

Oudard y Schickele de Francia, presentaban una comunicación sobre el enlace de los servicios médicos de mar y tierra. Diferenciaban dos tipos de evacuaciones, por ríos y canales navegables, y por vía marítima. El primero es cómodo pero a su vez lento. El segundo tiene varios usos, por ejemplo el buque hospital quirúrgico, para atender 300 heridos de primero y segundo grado de urgencia, y el buque hospital ordinario que transportan los heridos leves y los no urgente. Por último estos buques hospitales se pueden dividir en tres categorías: médicos, quirúrgicos y combinados, prefiriéndose aquellos que tengan buenas condiciones marineras, 8.000 toneladas de desplazamiento, y una velocidad de 15 nudos<sup>717</sup>.

En 1930 tuvo lugar en Londres el V Congreso Internacional de Medicina y Farmacias Militares, en el que se trató de los buques mercantes transformados para buques hospitales. Se acordaba, la necesidad de que determinados mercantes se construyeran con planos para futuros B. H., para ser así rápidamente transformados en tiempo de guerra. También se aprobaba que aquellos buques mercantes ya construidos y que pudieran se transformados en B. H., los planos deben estar en posesión de la Jefatura de los Servicios Sanitarios<sup>718</sup>.

En 1933, tiene lugar en Madrid, el VII Congreso Internacional de Médicos y Farmacia Militares. Los médicos de la Armada aprobaron varias cuestiones relativas a las intervenciones quirúrgicas, como la necesidad de que sea precoz y completa la asistencia, para obtener mayores probabilidades de curación del herido. Por otra parte, se

---

<sup>717</sup>Salvador Clavijo y José Rueda. Sección de Medicina Naval.RGM. Tomo CVII. 1930.

<sup>718</sup> Francisco Pérez Cuadrado. Comandante Médico. Barcos Hospitales.RGM. Tomo CXVII. 1935.

deben llevar a cabo las operaciones quirúrgicas en lugares donde se asegure la total realización. Por último, en los puestos de socorro no se debe llevar a efecto, más que las curaciones de máxima urgencia, atendiéndose con preferencia a la rápida evacuación de los heridos al puesto más cercano donde existan grupos especializados para hacer cualquier tipo de operaciones<sup>719</sup>.

#### **1.6) Las primeras iniciativas para la regulación de la Aviación Sanitaria en los Conflictos Armados.-**

La Convención de la Haya del 18 de octubre de 1907, ya había adaptado la guerra en el mar a los principios de la Convención de Ginebra de 1906 "para la mejora de la suerte de los heridos y enfermos en los ejércitos en campaña". Pues, ahora le tocaba el turno a la aviación sanitaria, un transporte que llegó más tarde que el resto, pero que con el tiempo se convertiría en el medio más eficaz, al rebajar los tiempos de recogida y traslado de los heridos y posibilitar la llegada a lugares de difícil acceso.

Por ello se empezaba a demandar unas reglas que regulasen la actividad de este nuevo transporte en los conflictos armados, a fin obtener la inmunidad y proteger a los heridos, enfermos, médicos y demás sanitarios, así como a los miembros de la tripulación. No obstante, todavía quedaba un largo pero interesante trayecto hasta su consecución.

---

<sup>719</sup> Francisco Pérez Cuadrado. Comandante Médico. Barcos Hospitales.RGM. Tomo CXVII. 1935.

Se debe recordar que ya en 1870, se utilizaron globos aerostáticos para evacuar a soldados heridos, como fue el caso del sitio de París durante la guerra franco prusiana<sup>720</sup>. Por otra parte, en 1874, después de las demostraciones de vuelo de los hermanos Montgolfier, varios médicos comenzaron a tener en cuenta los beneficios que podría obtener sus pacientes en este tipo de transporte. Jean Francois Picot, se pronunciaba en su favor y señaló que aparte de ser tolerado por los pacientes, era beneficioso por el aire que se respiraba a mayor altitud.

En 1909, fecha que fallece en accidente de vuelo Antonio Fernández, primer piloto español en pilotar un aeroplano, tiene lugar la primera construcción de una pesada maquinaria aérea, a cargo del capitán George Gasman como aeroplano sanitario, aunque esta iniciativa no consiguió el apoyo para el desarrollo del mismo.

Posteriormente existieron varias versiones sobre las primeras aeronaves sanitarias que tuvieron efectividad y realizaron los primeros servicios. Una de ellas, era la de Jean Mercier, el cual señalaba que el ingeniero Bechereau diseñó el primer avión sanitario, un monoplano biplaza, construido en 1912. Tres años más tarde, según el mismo autor, en 1915 se idea el avión quirúrgico, aunque no pasará a la realidad hasta 1918, correspondía a un modelo Voisin biplano. Otra versión era a cargo de Irma Morales Casallas, que señalaba que en 1915 en Albania, tuvo lugar la primera evacuación de heridos vía aérea<sup>721</sup>. También en

---

<sup>720</sup> Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Uninet.

<sup>721</sup> Irma Morales de Casallas. Transporte del ser humano. Recuento histórico.

otro artículo se publicó que en 1917, se construyó que la "French Dorand AR II", fue la primera ambulancia aérea que transportó pacientes.

Antes de la guerra, en 1912, se habían llevado a cabo estudios teóricos y prácticos por el doctor en Derecho Ch. I. Julliot, por el senador Raymond, el coronel R. Quinton, los tres en Francia, y el señor Paul Fauchille<sup>722</sup>, quienes se preguntaban ¿cómo iba a ser posible utilizar este medio de locomoción novedoso y rápido, bien para la búsqueda de los heridos sobre el campo de batalla, bien para que los trasladase hasta los establecimientos sanitarios en la retaguardia, y a su vez, como jurídicamente, podría asegurarse el beneficio de la Convención de Ginebra a estos aviones sanitarios?.

El problema residía, desde el punto de vista técnico en que la aviación era un medio todavía en experimentación y poco seguro, y desde el ámbito jurídico, en que al sobrevolar se podría permitir al personal sanitario que pilotase la nave descubrir posiciones de los ejércitos enemigos, dando la posibilidad de cometer actos hostiles contra el enemigo, en el supuesto de dar información al ejército de su país. Se debe recordar que tanto el artículo n° 7 de la Convención de 1906 como el artículo n°8 de la Convención X de La Haya de 1907, establecían que "la protección debida a las formaciones sanitarias cesa si se utiliza para cometer actos perjudiciales para el enemigo". No obstante, la posibilidad de facilitar la comunicación de informaciones respecto del enemigo al ejército nacional, privaba de

---

[www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualizacionesped13103-transporte](http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualizacionesped13103-transporte).

<sup>722</sup> Ch. L. Julliot, *Aéronefs sanitaires et Conventions de la Croix-Rouge*, Paris, 1913. *Revue générale de Droit International Public*, enero, febrero, 1913.

golpe, como así se pronunciaban los citados expertos, de toda protección al avión sanitario de acuerdo con las convenciones internacionales existentes<sup>723</sup>. Por tanto la solución estaba inclinada a que se redactasen nuevos textos.

### **1.7) La X Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra, 1921.-**

En el año 1912 la "Ligue nationale aérienne", establecida en París, propuso que el gobierno francés tomase la iniciativa de esta conferencia y que el Comité Internacional de la Cruz Roja, continuase realizado el estudio pertinente a fin de que se convocase una nueva Conferencia Diplomática que estableciera una regulación sobre las aeronaves sanitarias en los conflictos armados<sup>724</sup>. Ello era una gran oportunidad para asegurar la protección de los heridos.

La Primera Guerra Mundial supuso la consolidación de la aviación como arma y estrategia ofensiva, a pesar de no haberse desarrollado todavía suficientemente, pues los pilotos de los aviones tipo "bombardeo", eran los que en pleno vuelo lanzaban con sus propias manos las bombas, y los de tipo "caza, son los que habían incorporado armas para disparar desde el mismo avión y en vuelo a otros aviones enemigos.

---

<sup>723</sup> Paul Des Gouttes. Intento de adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906. RICR. Diciembre 1924.

<sup>724</sup>. Bulletin International XLIV, 1913, p. 104

Por otra parte, en cuanto a la evacuación aérea de heridos y enfermos, ésta se utilizó de forma limitada<sup>725</sup>.

Ya finalizada la Gran Guerra, el 30 de marzo de 1921 tiene lugar la celebración de la X Conferencia Internacional de la Cruz Roja. Durante la misma, se va a detectar el interés por la regulación del transporte sanitario aéreo, siendo el pre-origen de su consecución. Frank Hastings, en el nombre de la Cruz-Roja serbia en La Gran Bretaña, había pedido a la Conferencia que se propusiera al CICR, que el mismo solicitase a los gobiernos signatarios de la Convención de Ginebra, que lo revisasen con los efectos de incluir un capítulo que asegurase la protección necesaria a las aeronaves sanitarias destinadas al transporte de heridos.

En apoyo de la exposición que acompañaba a la Conferencia se había presentado unas fotos del aeroplano ambulancia "Vickers-Vimy" que podía transportar cuatro pacientes acostados y a dos enfermeros, con dos pilotos<sup>726</sup>.

El enorme desarrollo de los servicios de la aviación durante y después de la guerra, junto con el reseñable perfeccionamiento de los aparatos, habían otorgado a la aviación sanitaria una actualidad muy importante.

---

<sup>725</sup> B. Pecker y C. Pérez Grangre. Obra ya citada.

<sup>726</sup> Documento 63 del a Conferencia, y Rapport de la Cruz-Roja serbia en Gran Bretaña sobre la Conferencia de 1921, p. 34 y siguientes, con ilustraciones.

En las décadas siguientes la construcción del transporte sanitario aéreo tendría un gran incremento, especialmente en el área militar<sup>727</sup>.

### **1.8) PROYECTO DE CÓDIGO PARA LA REGLAMENTACIÓN DE LA GUERRA AÉREA. LA REGLAS DE LA HAYA DE 1923. LA INTRODUCCIÓN DEL DERECHO DEL TRANSPORTE SANITARIO, Y EL PRECEDENTE DE LA REUNIÓN DE MADRID DE 1911.-**

#### **1.8.1) Introducción: Necesidad de regular la guerra aérea.-**

La experiencia de la Primera Guerra Mundial demostró claramente la apremiante necesidad de regular la guerra aérea mediante una completa codificación. Cabe recordar que los únicos precedentes normativos sobre dicha regulación correspondía a las Declaraciones de la Haya de 1899 y de 1907, I y XIV respectivamente, relativa a la guerra en globos, ésta última aún vigente, pero lógicamente su interés es puramente histórico.

#### **1.8.2) Reunión de Madrid de 1911 y la guerra aérea.-**

La problemática de la guerra aérea fue posteriormente tratada en la Reunión de Madrid que se convocó en 1911, por el Instituto de Derecho Internacional, la cual supuso la primera piedra para la elaboración de una doctrina para la guerra aérea. Dicha reunión dio origen a una Resolución de

---

<sup>727</sup> [www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte.html](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte.html). Transporte Aeromédico.



22 de abril de 1911<sup>728</sup>, por la que se declaraba lícita la guerra aérea, siempre que cumpliera ciertas condiciones. Se Recomendó que la guerra aérea no debiera causar más daño a la población civil que la guerra terrestre o marítima. No obstante, dicha recomendación no fue recogida por los Estados<sup>729</sup>.

### **1.8.3) Proyecto de Código para la Reglamentación de la Guerra Aérea. Reglas de La Haya de 1923.-**

Tras la Gran Guerra, la demandada regulación se vió obstaculizada por el tremendo potencial militar que en ese momento constituían las aeronaves. Es por ello que de acuerdo con el artículo 38 de la Convención de París de 1919, norma previa a la actualmente vigente Convención de Chicago, se dejaba a todas las partes total libertad de acción en tiempo de guerra.

La Conferencia de Washington de 1921-1922, convocada para la limitación de Armamentos, tampoco logró generar ningún tipo de acuerdos con respecto a la guerra aérea<sup>730</sup>.

Con motivo de que la Conferencia no se había ocupado del derecho de la Guerra Aérea, el 4 de febrero de 1922 se aprobó una Resolución con el fin de encargar dicha cuestión a una Comisión de Juristas compuesta por representantes de varios Estados, como Gran Bretaña, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Holanda para la realización de un estudio sobre el citado tema e informar de sus conclusiones a cada uno de sus gobiernos.

---

<sup>728</sup> José Luis Fernández-Flores y Funes. Conferencia sobre derecho de la guerra aérea. Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario de Cruz Roja Española. Madrid.

<sup>729</sup> Javier Guisández. El derecho en la guerra aérea. RICR. Junio-1988.

<sup>730</sup> Renato Nuño Luco. La Guerra Aérea en relación con el Derecho Internacional Humanitario. RICR. Abril 1998.

La Comisión se reunió del 11 de diciembre de 1922 al 12 de febrero de 1923 en la Haya, y emitió un informe general sobre la Revisión de las Reglas sobre la Guerra Aérea<sup>731</sup>.

Aunque no han adquirido rango oficial, a pesar de que Estados Unidos propuso que el referido proyecto de Reglas se incorporara a un texto de un tratado para su aceptación, estas Reglas tienen un indudable valor jurídico de carácter internacional y doctrinal, dada la carencia de otras fuentes jurídicas en materia de guerra aérea. Por otra parte, las Reglas de La Haya han sido virtualmente observadas en reiteradas ocasiones y en la Segunda Guerra Mundial<sup>732</sup>.

Se debe destacar que la Comisión Internacional para la revisión de las leyes de la guerra, reconoció la necesidad de concluir una Convención especial para la guerra aérea, aunque, entretanto proclamó la aplicabilidad a la guerra en el aire y a las aeronaves sanitarias los principios de las Convenciones de Ginebra de 1906 y la X de La Haya de 1907<sup>733</sup>.

Por otra parte cabe señalar que en éste Proyecto ocupaba una parte, aunque mínima, pero grande por la repercusión que podría haber tenido en caso de que se hubiera apostado por la vigencia del citado Código para la Reglamentación de la Guerra Aérea, lo correspondiente al transporte sanitario aéreo. Se establecía en su artículo 17, la aplicación a la guerra aérea de los principios afirmados en la Convención

---

<sup>731</sup> Heinz Marcus Hanke. Reglamento de La Haya de 1923 sobre la guerra aérea. RICR. 1993.

<sup>732</sup> Renato Nuño Luco. La Guerra Aérea en relación con el Derecho Internacional Humanitario. RICR. Abril 1998.

<sup>733</sup> General report of the Commission of Jurists to considera report upon the Revision of the Rules of Warfare. The Hague. December 10, 1922, February 17, 1923, Londres, Miscellaneous, n° 14, 1924.

de Ginebra de 1906 y la X Convención de la Haya de 1907, para la adaptación de aquella a la guerra marítima, así como a las aeronaves sanitarias que detallaba como "Ambulancias Aéreas", y a la intervención ejercida sobre tales ambulancias por los jefes beligerantes.

Por otra parte, se estipulaba que para poder obtener la correspondiente protección, como la correspondiente a las organizaciones sanitarias móviles, concedidas por la Convención de Ginebra de 1906, los transportes sanitarios aéreos deberán ostentar además de las marcas distintivas normales, el emblema de la Cruz Roja.

#### **1.9) La XI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra, 1923.-**

En esta conferencia se vuelve a poner de relieve el interés por el transporte sanitario aéreo y especialmente por su protección en los conflictos armados. En una de las sesiones, uno de los miembros de la delegación del gobierno francés, el médico inspector Niclot, director del servicio de sanidad del 14 cuerpo de ejército, presentó una comunicación sobre el citado transporte sanitario y transmitió la propuesta oficial del ministerio francés de la Guerra, de que la Conferencia Internacional de la Cruz-Roja prosiguiese con el estudio sobre la neutralización de los aviones sanitarios, así como se incluyera en la orden del día de una próxima Conferencia<sup>734</sup>. Este será el origen

---

<sup>734</sup> Paul Des Gouttes. Intento de adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906. RICR. N° 72. Diciembre 1924. En dicho artículo, reseña como fuente a la Revue

de la aviación sanitaria, que años más tarde verá la luz, no obstante hasta la Convención de Ginebra de 1929, donde tendrá lugar el bautizo de su regulación, quedaba un gran trayecto por recorrer.

Cabe señalar que el CICR, que ya había considerado este nuevo transporte sanitario, comienza a realizar los primeros estudios manteniendo conversaciones con el servicio de sanidad de la armada francesa, que tenía una gran experiencia práctica en el transporte de heridos y de enfermos por vía aérea.

El 22 de septiembre de 1924, tiene lugar en el aeródromo de Cointrin, con la asistencia de un cierto número de personas pertenecientes a la Sociedad de Naciones, de diversas Cruz Rojas nacionales y con el Servicio de sanidad del ejército suizo, una demostración con un aparato del servicio del ejército francés, que se puso a disposición para este ejercicio, en el que incluía en la tripulación dos médicos militares especialistas de la aviación sanitaria<sup>735</sup>, el coronel-médico de I clase, Dr. Armand Vincent, de París, y el médico jefe, teniente coronel Picqué, de Bordeaux. Ambos presentaron al Comité internacional de la Cruz-Roja y al público el avión sanitario más corriente, llamado "limousine Bréguet", demostrando las ventajas que este transporte presentaba: rapidez, ausencia de movimientos

---

Internat, y Bull. Septiembre 1914, exponiéndose: Se ha presentado un informe muy completo e instructivo por el Dr. en Derecho Ch. Julliot, al Comité internacional de la aviación. En este trabajo, el autor recuerda de manera muy completa los estudios anteriores y las experiencias acumuladas; lleva a cabo su exposición histórica hasta los estudios más iniciales; también resume, por otra parte de manera muy exacta, las conversaciones que se han llevado a cabo en el Comité internacional de la Cruz-Roja a consecuencia de este tema en Ginebra, el 23 de septiembre de 1924, con los doctores Picqué y Vincent.

<sup>735</sup> Paul Des Gouttes. Aviación Sanitaria. Informe general del CICR sobre Informe de la XII CFICR. RICR. Octubre 1925.

bruscos y la posibilidad de transportar al cirujano en el menor tiempo posible al lugar donde se encuentre el herido, cuando éste no pueda ser transportado al centro hospitalario u operatorio<sup>736</sup>. Además se aseguraba que la experiencia había demostrado de manera incontestable que los heridos no tenían porqué temer las sacudidas ni del aterrizaje ni del despegue, ya que un piloto con experiencia podría conseguir que estos se llevasen a cabo sin mayores sufrimientos.

Desde el punto de vista técnico se preveía un gran optimismo, no obstante quedaba por establecer la protección que se debía asegurar a la aviación sanitaria en los conflictos armados, es decir su neutralización.

La opinión técnica de los pocos autores que habían trabajado sobre ello, no era favorable, basándose en la inaplicabilidad de las disposiciones protectoras de la Conferencia de Ginebra, en base a que el avión sanitario podría en su vuelo, darse cuenta de las líneas enemigas, y por tanto facilitar información a la otra parte beligerante, lo cual podría conllevar que no se aprobase el beneficio de la neutralidad.

Por otra parte, el Vicepresidente del CICR, Paul Des Gouttes, razonaba una posición contraria, basada en lo siguiente:

---

<sup>736</sup> Paul Des Gouttes. Intento de adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906. RICC. N° 72. Diciembre 1924.

Primero, la posibilidad de descubrir las posiciones enemigas no era algo nuevo, ya existía antes de la firma de la Convención de Ginebra y no había impedido la conclusión de este pacto. Afirmandose en la tesis de Fauchille y Politis, el personal no podía entrar sin permiso en la línea de operación del enemigo, porque podría sorprender el secreto de sus posiciones, y causarle un grave perjuicio. Se exponía a ser capturado, detenido e incluso a que fuese objetivo del fuego enemigo. Recuerda que esa fue la manera en la que actuaron los japoneses en la guerra ruso-japonesa de 1904.<sup>737</sup>

Segundo, que este temor, no impidió a la Convención de 1864 que fuese más precisa en 1906 y que se mantuviese en sus principios fundamentales. Era lógica su postura cuando apelaba a la duda razonable de que "al no haber un hecho nuevo, no debe conllevar un principio nuevo". Sólo hay un grado superior de facilidad, y quizá una precaución mayor a tomar. Se entiende que el riesgo era más frecuente porque había más posibilidades de conocer las posiciones y estrategias del enemigo, y por tanto se podría estar más tentado a pasar la información, no obstante, ello no debía provocar que se derogase el privilegio de la inmunidad.

No cabe duda de que las posibilidades de sorprender los secretos serán infinitamente más grandes a través del empleo, desconocido en 1906, de la vía aérea; no siendo necesario que para ser incriminado se hubiese penetrado en las líneas enemigas. Los cañones de largo alcance, la precisión en el tiro a kilómetros de distancia, la caza a través de avión habían crecido y desarrollado de manera análoga. EL peligro había aumentado, pero también se habían

---

<sup>737</sup> Manual del a Cruz-Roja, n° 12, 1908.

multiplicado al mismo tiempo en la misma medida los medios para compensarlos.

Por tanto, la teoría de Des Gouttes, se apoyaba en que no era justificable que se perdiese el beneficio de inmunidad de la Convención de Ginebra, por la posibilidad de conocer los "secretos" de uno de los beligerantes al observarlos desde el aire, y poder informar de ello a la otra parte en el conflicto.

Otra cuestión relevante del informe citado, es cuando se refiere a la fácil distinción del avión sanitario, pues afirmaba que no era difícil reconocer al mismo con respecto a un avión bombardero, ello se basaba en que éste era más parecido a un acorazado, por ser más pesado, ya que porta normalmente aparatos especiales que le hacen netamente reconocible, o al avión de caza, por el contrario muy ligero, dirigido por un único piloto, que vuela muy rápido y muy alto. Por tanto, no sería difícil distinguirse con el avión sanitario, cuyo peso es menor y su velocidad es más limitada.

Lo importante para Des Gouttes, era que este medio de transporte presentaba demasiadas ventajas para que se renunciase al mismo. Estaba en lo cierto, pero todavía quedaba una gran distancia que recorrer para conseguir que se aprobase una norma, que estableciera la ansiada inmunidad de las aeronaves sanitarias en los conflictos armados. Se debe recordar que la Comisión Internacional para la revisión de las leyes de la guerra, nombrada en febrero de 1922 por la Conferencia de Washington para la limitación del armamento había reconocido la necesidad de

concluir una convención especial para la guerra aérea, pero entretanto había proclamado la aplicabilidad a la guerra en el aire y a las aeronaves sanitarias los principios de las convenciones de Ginebra de 1906, y de La Haya de 1907 (Convención X)<sup>738</sup>. Pues bien, para ir restando esos tramos de distancia para obtener la inmunidad referida, se encontraban las posturas predispuestas a conseguir ese objetivo en pro de la humanidad. Ese era el caso del citado Paul Des Gouttes, que no se desalentaba a pesar de todas las contrariedades encontradas a su firme postura.

Para dar respuestas a los detractores a la inmunidad de la aviación sanitaria, Des Gouttes propuso unas reglas<sup>739</sup>, señalándose a continuación algunas más destacables:

A) Toda aeronave sanitaria sería, en primer lugar y en todos los ejércitos, destinada al servicio de sanidad para que quedase clara su pertenencia. Conservaría las características que le son propias. Asimismo sería fácilmente reconocible por su color y por la cruz roja, que sería bien visible a distancia, y que debería portar bajo y sobre las alas.

B) Los heridos capturados serían tratados como los demás, y el personal sanitario, de la misma manera que el de los ejércitos de tierra, debería ser devuelto tan pronto como sea posible al servicio de sanidad al que pertenezcan.

C) los nombres o los números de los aviones sanitarios, que perteneciesen al servicio de sanidad, a las

---

<sup>738</sup> General Report of the Comisión of Jurists to consider a n d report upon the Revision of the Rules of Warfare. The Hague, December 10, 1922, February 17, 1923, Londres, Miscellaneous, n° 14, 1924.

<sup>739</sup> Paul Des Gouttes. Intento de adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906. RICR. N° 72. Diciembre 1924.



sociedades de socorro de los beligerantes o a países neutrales que hubieran sido oficialmente admitidos a cooperar con el servicio de sanidad, deberían ser comunicados, como ya ocurría con los de los navíos hospital (art. 1 y 3 de la Convención X de La Haya de 18 de octubre de 1907) a las potencias beligerantes, antes de que puedan ser empleados.

D) Los beligerantes tendrían durante todo el tiempo el derecho de control y de visita y podrían detenerles en caso de circunstancias graves. Considerados de forma necesaria como formaciones sanitarias móviles, los aviones sanitarios conservarían su material sanitario; lo mismo que ocurría con los aparatos y el material sanitario que pertenecieran a las sociedades privadas o a particulares que hubieran sido debidamente colocados bajo la dirección de un beligerante, que deberían ser respetados en cualquier circunstancia, a no ser que, en uno u otro caso, el derecho de requisición en el interés de los enfermos y heridos que hubieran sido hechos prisioneros.

E) En el caso de la inversión de un lugar, el avión sanitario que pretendiera volar por encima de las líneas militares, para sacar al personal o material sanitario o para llevar a este lugar a heridos y enfermos que estuvieran insuficientemente cuidados, no podrá pretender beneficiarse del beneficio de la neutralidad especial. Como convoy de evacuación podría, una vez que hubiera sido forzado a aterrizar, ser sometido a control y a visita y podría ser retenido de manera momentánea, en la medida en que el enemigo se hiciera cargo de los heridos y enfermos que transportase. El personal y el material sanitario que portase deberían ser tratados en conformidad con las prescripciones de la Convención de Ginebra.

Estas eran, en mayor medida, las bases de los principios que proponía Des Gouttes para asegurar en la guerra aérea a los heridos y enfermos, los mismos beneficios que los que disfrutaban las víctimas en la tierra y en el mar. Pero los gobiernos veían a la aviación en general como un arma con mayor proyección, por lo que le aumentaba las reticencias a propuestas como la antes expuesta. Pues, pensaban que la aviación sanitaria podía obtener ventajas en el caso de burlarse del objeto de su cometido, en beneficio de uno de los beligerantes, riesgo, al que no querían poner por debajo de la balanza del fin humanitario.

#### **1.10) XII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra de 1925.-**

Si la XI CFICR de 1923 fue la antesala del origen de la aviación sanitaria, esta XII Conferencia, será el gran espaldarazo del derecho regulador del transporte aéreo en los conflictos armados, pues se aprobaría el primer proyecto sobre la Convención para la adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra de 1906.

En esta Conferencia Internacional se presentó el estudio llevado a cabo por el CICR, encargado por la anterior XI CFICR, a instancia del gobierno francés, de la preparación de un proyecto sobre la inmunidad de la aviación sanitaria en los conflictos bélicos<sup>740</sup>.

---

<sup>740</sup> Archivo de Documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004.

El citado proyecto estaba inspirado en los principios básicos de la Convención de Ginebra de 1906 y la X Convención de la Haya de 1907, referente al respeto y protección del personal y del material exclusivamente dedicado a la recogida, transporte y tratamiento de heridos por vía aérea; el cese de esta protección si se usa para cometer actos perjudiciales para el enemigo; y exención de la captura para el personal y el material de avión sanitario y restitución de este personal y material.

Por otra parte se introduce dos artículos novedosos, con respecto a las citadas Convenciones, ya que establecen una armonización de los modelos de aeronaves que deben fijar los Estados signatarios, desde el punto de vista técnico-sanitario, referidos a la accesibilidad de las camillas y al tipo de suspensión que deben incorporar para que al despegar, y especialmente al aterrizar, no se les produzca mayor sufrimiento a los heridos y enfermos.

A continuación se van a exponer aquellas otras cuestiones que se establecieron en el proyecto<sup>741</sup> y se entienden son de gran interés en destacar, comprobándose que dichas normas están inspiradas en su mayoría en las Convenciones citadas de 1906 y 1907:

- A) Se establece englobar a todas las formaciones sanitarias dentro de la Sanidad de la Armada. Sobre ello, había que tener en cuenta que, todavía en general, no existía el propio cuerpo de aviación, pues dependía de otras armas. La Sanidad de la Armada era la que estaba más relacionada con la

---

<sup>741</sup> Paul Des Gouttes. Anexo de Proyecto de Convención adicional a la Convención de Ginebra de 1906 y a la Haya de 1907 para la adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra. RICR.nº 72 . Diciembre de 1925

actividad de la aviación sanitaria, al identificarse ambas actividades en base a las similitudes del espacio aéreo y marítimo, así como al parecer en muchos países la aviación dentro de las fuerzas navales<sup>742</sup>. Estas formaciones tendrían el respeto y la protección de los beligerantes, al igual que se establece en el artículo 6 de la Convención de Ginebra de 1906, con las formaciones sanitarias terrestres.

- B) Por otra parte, al igual que se recoge en el artículo 4, apartados 2, 3, y 4 de la X Convención de la Haya de 1907, en este proyecto se estipulaba que las aeronaves sanitarias no deberán impedir los movimientos de los combatientes. Durante su actuación, tanto antes como después del combate, lo harían por su cuenta y riesgo.

Tampoco deberán servir para ningún fin militar, pues en este caso desaparecería la protección debida a estas formaciones.

En cuanto al hecho de portar armas el personal sanitario, bien para la defensa de sus heridos y enfermos, o para el mantenimiento del orden, no sería causa de la pérdida de la inmunidad, estando dicha disposición en consonancia con lo preceptuado en el artículo 7 y 8 de la Convención de Ginebra de 1906 y el artículo 8 de la Convención de La Haya de 1907.

- C) Sobre la comunicación previa de los datos de las aeronaves sanitarias a las partes beligerantes o neutrales, se establece en el proyecto, que dichas aeronaves equipadas en su totalidad o en parte por medios de sufragios de particulares o de sociedades

---

<sup>742</sup> Javier Guisandez. Publicación ya citada.

de auxilio, oficialmente reconocidas por los beligerantes o las partes neutrales, que hubieran comunicado sus nombres previamente al conflicto, en el transcurso del mismo, serán respetadas y no podrán ser capturadas. Lo cual recuerda de nuevo a lo aprobado por el X Convenio de La Haya de 1907.

Por otra parte no serán asimiladas como aeronaves de guerra desde el punto de vista de su aterrizaje en un campo de aviación neutral, tal como ya estableciera el referido X Convenio de La Haya en su artículo 1.

Los beligerantes tendrían el derecho de control y visita sobre las aeronaves sanitarias como se estableciera en la X Convención de La Haya de 1907, en su artículo 4, con los buques hospitales. El personal afecto a este transporte, bien como tripulantes o personal sanitario serían protegidos, en la misma forma que dispone los artículos 9, 10, Y 11, de la Convención de Ginebra de 1906 y el artículo 10 del X Convenio de La Haya de 1907.

- D) Con respecto al material de las aeronaves sanitarias, se dispone que conservarán su propiedad, en el caso de que cayesen en poder del enemigo, asimismo, no podrán ser capturadas ni desafectadas. Su devolución tendría lugar en las condiciones previstas para el personal sanitario y en la medida que fuese posible, al mismo tiempo que éste. Estos principios eran derivados de los artículos 14 y 17 de la Convención de Ginebra de 1907, que aseguraban el respeto del material de las formaciones sanitarias móviles, y que excluía la captura de los vehículos de servicio de sanidad.

- E) En cuanto al signo distintivo para la protección de las aeronaves sanitarias, se señala en el proyecto, que las mismas deberán estar pintadas de blanco, y llevar bajo las alas cruces rojas que sean claramente visibles para las fuerzas terrestres, aéreas y marítimas. No obstante, esta estipulación no aseguraría la protección suficiente, pues no se identificaría a la aeronave sanitaria desde otra aeronave que estuviera en una posición más elevada.
- F) Por otra parte, la aeronave que perteneciese a un Estado neutral, se acordaba que no enarbolará junto a la cruz roja, la bandera con los colores del beligerante al que esté asistiendo. Ello se basa en el principio de la Convención de Ginebra de 1906, artículos 21 y 2, que difieren de lo establecido en el X Convenio de La Haya de 1907, artículo 5.4, que preveía un tercer pabellón que sería el del buque hospital neutral.

Después de la referida solicitud planteada por el Gobierno francés, en la anterior XI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1923 para que se preparase el estudio anteriormente ya expuesto, y tras las demostraciones prácticas que la aviación sanitaria había realizado en Cointrin en septiembre de 1924, facilitado por el gobierno francés, el Comité internacional entendió interesante la convocatoria de una comisión de expertos para estudiar este tema, con carácter previo a la reunión de la XII Conferencia de 1925. Posteriormente, el plan de actuación correspondía, siguiendo los trabajos preparatorios ya efectuados, a convocar en el mes de julio de 1925, la Comisión especial de expertos. Esta comisión no estaría compuesta solo por miembros del Comité Internacional

únicamente, sino que éste había llamado también a otras personas expertas, relacionadas con el trabajo a desarrollar que le parecían particularmente cualificadas para formar parte. Con fecha 22 de enero de 1925, a través de la circular n° 243<sup>743</sup>, el CICR llamó la atención de las Sociedades nacionales de la Cruz-Roja sobre este tema, solicitando que enviasen las informaciones pertinentes para su estudio. También se requirió a los Comités centrales de la Cruz-Roja y a los gobiernos de los diferentes países para que designasen a especialistas a fin de que participase en una reunión de expertos que se convocase para estudiar la citada cuestión<sup>744</sup>.

El CICR era muy favorable a que se llevase a efecto este tipo de transporte sanitario, dada las grandes ventajas que aportaba, no solamente en tiempo de guerra sino también en tiempo de paz.

Se mantuvieron reuniones entre el CICR y el Comité jurídico internacional de la Aviación, que se ocupaba igualmente de la cuestión de la inmunidad de las aeronaves sanitarias, siendo Sr. Julliot la persona en quién recayó su estudio.

Cabe señalar que el Congreso Jurídico internacional de derecho aéreo se iba a reunir en Lyon en el mes de septiembre también de ese año 1925. Por tanto, como los expertos designados por el Comité internacional serían parte del congreso de derecho aéreo, se consideró conveniente convocar una reunión unos días antes de la XII

---

<sup>743</sup> Rapport General du Comité International de la Croix-Rouge sur la activité de 1923 a 1925. Biblioteca de Cruz Roja Española.

<sup>744</sup> Archivo de Documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004.

Conferencia, con el fin de permitirles elaborar un informe más profundo para presentarlo a la misma.

Con ocasión del III Congreso internacional de medicina y de farmacia militares de 1925, se publicó un folleto en el que el CICR, anunciaba el interés especial que representaba la aviación sanitaria, el progreso que ya había alcanzado y los problemas internacionales que suscitaba el desarrollo de este tipo de aviación.

Los delegados del Comité internacional en este Congreso, pudieron asistir a la demostración de la aviación sanitaria organizada en Bourget, y documentarse sobre los nuevos aparatos en servicio en el ejército francés.

Al comienzo de este congreso, el 27 de abril de 1925, el Comité jurídico internacional de la aviación tuvo una sesión, con la participación de los representantes del Servicio de sanidad francés, en la cual se invitó al comité internacional de la Cruz-Roja a que tomase parte. En esta sesión hubo unas intervenciones muy fructíferas donde se manifestaron las observaciones de los juristas y de los médicos militares más competentes respecto a los estudios y las sugerencias realizadas por los señores Julliot y Des Gouttes, las cuales fueron publicadas por el CICR. Por otra parte, se publicó una segunda edición del folleto, en el cual contenía, además del texto de la primera edición citada, el resumen de las deliberaciones de la referida sesión del Comité jurídico, la cual fue distribuida entre



los miembros de la XII Conferencia internacional de la Cruz-Roja<sup>745</sup>.

Con motivo de la XII CFICR, el Comité internacional de la Cruz-Roja organizó una nueva demostración práctica del transporte de heridos por avión, que tuvo lugar el sábado 10 de octubre de 1925 en el aeródromo de Cointrin.

Anteriormente la Comisión formada por los expertos que el CICR pidió a los gobiernos y a las sociedades de Cruz Roja designadas, instó una convocatoria para el lunes 5 de octubre, en Ginebra, para una reunión donde se debería preparar las deliberaciones de la Conferencia respecto a la inmunidad de los aviones sanitarios.

La comisión de expertos se reunió después de la Conferencia, presentando un informe especial sobre la inmunidad de los aviones sanitarios.

Se debe de considerar que para la redacción del referido informe, se tomó como base el proyecto de convención presentado por el CICR en esta XII CFICR, que se solicitó en la anterior XI CFICR de 1923, así como el texto del estudio de M. Des Gouttes y las modificaciones propuestas por M. Julliot<sup>746</sup>.

---

<sup>745</sup> Rapport General du Comité International de la Croix-Rouge sur la activité de 1923 a 1925. Biblioteca de Cruz Roja Española.

<sup>746</sup> Archivo de Documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004.

De entrada se aceptan de nuevo los tres principios fundamentales, proclamados por la convención de Ginebra de 1906, y sobre las que el Comité jurídico internacional de la aviación se había puesto de acuerdo, referente a lo siguiente:

- A) Respeto y protección del personal y del material exclusivamente afectados a la recogida, transporte y tratamiento de los heridos por vía aérea.
- B) Cese de esta protección, si se usa para cometer actos dañinos para el enemigo.
- C) Exención de captura para el personal y el material de aviación sanitaria y restitución de este personal y de este material.

A continuación se van a detallar aquellas estipulaciones que fueron objeto de cambio o de posibles inclusiones de modificación con respecto al ya citado proyecto del CICR:

- A) Aunque en principio se debatió sobre la denominación más adecuada, entre la palabra "prescripciones" ó "principios", esta propuesta por M. Julliot, con respecto a lo propuesto en el artículo primero, que decía "Son aplicables a la guerra aérea todas las **prescripciones** de la Convención de 1906 y de la X Convención de La Haya de 1907", al final fue aprobado si ningún cambio. La palabra "prescripciones" parecía corresponderse mejor con las reglas de las convenciones de Ginebra y de La Haya, antes de ser aplicadas, mutatis mutandis, a la guerra aérea.
- B) El artículo segundo propuesto englobaba a todas las formaciones sanitarias dentro del servicio

de Sanidad de la Armada, pues bien, se acordó que no era adecuado encuadrar a las referidas formaciones dentro de la sanidad de la referida arma, suprimiéndose el término de "Armada". Se apoyaba este cambio en que el servicio de la aviación sanitaria no estaba todavía en todos los países.

- C) Se debe destacar lo establecido en el artículo cuarto sobre la prohibición o limitaciones del sobrevuelo de las aeronaves sanitarias. El principio de las Convenciones de Ginebra y de La Haya, recordado con anterioridad, establecía que la protección debida a las formaciones sanitarias cesaría si se las utilizaba para cometer actos dañinos para el enemigo.

Se preguntaba si había que considerar que el sobrevuelo de las líneas enemigas era un acto necesariamente dañino y si se debería privar de inmediato a la aviación de toda protección.

La Comisión había considerado que era obligado realizarlas y al mismo tiempo, se afirmaba, dentro del propio espíritu del Comité internacional, que se debería preparar una Convención para la guerra aérea que tuviera las mayores posibilidades de ser adoptado por los Estados signatarios de las convenciones precedentes. También se había pensado que era importante para conseguir los objetivos separarse lo menos posible de los textos ya aceptados por los Estados.

Ahora bien, la Convención de Ginebra de 1906 no determinaba los actos dañinos al enemigo, dejaba

a los estados mayores de los ejércitos juzgar sobre la nocividad de estos actos.

La Comisión había considerado por una parte, que por el hecho de sobrevolar una zona, no era necesariamente que fuese una prueba de mala fe, y, por otra parte, que aunque no se sobrevolase las líneas enemigas, pero se acercase a las mismas suficientemente, el avión sanitario, podría saliéndose de su estricto cometido, sorprender los secretos de los movimientos de las tropas enemigas, tan bien como si sobrevolase sus líneas.

Cabe señalar lo difícil que era determinar con exactitud que era una línea enemiga, especialmente en materia marítima, ya era prácticamente imposible.

Se acordaba por tanto que las partes beligerantes a través de los estados mayores del ejército y de la armada, se pronunciasen sobre la prohibición o limitación, según las circunstancias, el sobrevuelo de las líneas enemigas o de ciertas zonas.

- D) En cuanto a lo acordado en el artículo seis, referente a la definición, respeto y prohibición de captura de las aeronaves sanitarias, cabe señalar que el profesor Baduel (Italia) había preguntado durante la reunión, si no sería útil definir específicamente el término de avión sanitario, con el fin de evitar injerencias en otros campos.

Con respecto a la definición de las aeronaves sanitarias, la Comisión, sin embargo, había sido de la opinión de que ya estaba suficientemente

definido dada la misión especial y por las órdenes e indicación del único fin que se perseguía.

Para descartar, por otra parte, la idea de la búsqueda de heridos, podría haberse introducido en el texto del artículo seis<sup>747</sup>, después de las palabras "prestar socorro" la palabra *transportar*. La comisión había encontrado finalmente suficiente que se señalase esta doble preocupación, sin modificar el texto del artículo 6, que había sido adoptado.

No obstante, había decidido proponer a la conferencia la emisión de una petición para que los estados mayores recomendasen a sus observadores que consignasen sobre su informe-rendición de cuentas las observaciones que hubieran podido recoger en relación con los heridos.

- E) Respecto al artículo siete<sup>748</sup>, se admitió la inclusión de la palabra "aterrizar" a propuesta de M. Des Gouttes, había sido incorporada al texto del artículo.

---

<sup>747</sup> Archivo de Documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004. Artº6 propuesto: Las aeronaves sanitarias, es decir, aquellas que hayan sido equipadas o construidas especial y únicamente con vistas a prestar auxilio a los heridos, enfermos y náufragos, y cuyos nombres hayan sido comunicados a los beligerantes, en la apertura o en el transcurso de las hostilidades, y en todo caso antes de que se haya procedido a su empleo efectivo, serán respetadas y no podrán ser capturadas durante la duración de las hostilidades.

<sup>748</sup> Archivo de Documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004. Artº7 propuesto: Los beligerantes tendrán el derecho de control y de visita sobre las aeronaves sanitarias enemigas o neutrales; podrán rehusar su concurso, pedirles que se alejen, imponerles una dirección determinada; incluso detenerlas si la gravedad de las circunstancias así lo exigiese.

Por otra parte, en esta misma estipulación, había parecido innecesaria, mencionar el término de aeronaves enemigas o neutrales, pues el término neutral podía prestarse a confusión. Bastaría con decir, "los beligerantes tendrán sobre todas las aeronaves sanitarias el derecho de control y visita. Podrán rehusar su concurso, pedirles que aterricen, que se alejen, imponerles una dirección determinada, e incluso detenerles si la gravedad de las circunstancias así lo exigiese". Se debe señalar que estos son exactamente los términos de la Convención de La Haya, cuando se refería a los navíos hospital.

- F) A pesar de que el artículo octavo<sup>749</sup>, quedó tal como la propuesta inicial, merece destacar que el mismo, dio lugar a tensos debates. M. Goldschmidt (Bélgica) se había preguntado si no se podrían suprimir las palabras "así como los pilotos asignados a las aeronaves previstos en el artículo 6", debiendo considerarse a los pilotos como integrantes del personal afectado al transporte de heridos.

Por otra parte, M. Julliot se había preguntado si no habría que añadir, al contrario, a los pilotos, los mecánicos, y al capitán.

El artículo octavo trataba de la cuestión, largamente debatida en la X Conferencia de 1921, en la comisión de revisión de la Convención de Ginebra, de la restitución del personal

---

<sup>749</sup> Archivo de Documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004. Artº8 Propuesto: El personal que esté exclusivamente afectado al transporte y cuidado de los heridos, enfermos o náufragos así como los pilotos que estén asignados a las aeronaves previstas en el artículo 6, serán protegidos y respetados en cualquier circunstancia.

sanitario. Al admitir el principio de esta restitución y sin querer volver sobre las tensas y profundas deliberaciones celebradas que tuvieron lugar en 1921, la Comisión había sido sometida a una proposición del teniente general Collette respecto a la restitución de los pilotos.

Consistía en subordinar la obligación para un Estado capturador de restituir los pilotos de la aviación sanitaria, caídos en sus manos, a condición de que fuesen definitiva e irrevocablemente afectados al servicio de la aviación sanitaria, hasta el fin de las hostilidades. El teniente general Collette había recordado el pasaje de la Convención XI de La Haya de 1907, relativa a ciertas restricciones al ejercicio del derecho de captura en la guerra marítima", cuyo artículo 6 decía:

"el capitán, los oficiales y los miembros de la tripulación tomados por el enemigo, no son hechos prisioneros de guerra, con la condición de que se comprometan, bajo fe de una promesa formal por escrito, a no tomar parte, durante la duración de las hostilidades, en ningún servicio que tenga relación con las operaciones de guerra".

Incluso cuando este texto no se dirigía más que a los navíos mercantes enemigos, parecía que la mayoría de la Comisión tenía el mismo interés de la restitución de los pilotos, debiendo ser admitida esta restricción.

Consecuentemente, según el voto de la comisión, la restitución de los pilotos de aviones sanitarios quedaría subordinada a su compromiso

para no seguir sirviendo a sus países hasta el fin de las hostilidades, salvo en la aviación sanitaria.

Lo que había conformado la convicción de la Comisión, era que en interés de los heridos, era preferible asegurar, incluso con esta condición, la restitución de los pilotos, a pesar de que fuese el Estado que los hubiese capturado quien consintiera dejar libre al piloto de un avión sanitario capturado.

No se sabía con certeza si era oportuno en una Convención internacional crear un conflicto para el Estado del piloto, que había sido liberado con la condición formal de quedar definitivamente adscrito a la aviación sanitaria y de no tomar parte en ninguna cuestión relativa a operaciones de guerra. Podría darse un conflicto problemático. En efecto, el piloto debería comprometer su firma, pero por otra parte, también se debería tener en cuenta su condición de patriota. Podría surgir que en un momento dado a su país le hiciera falta un piloto para la aviación militar. Las autoridades del Estado mayor, respetuosas con el compromiso que había dado este piloto, no le pedirían partir. Pero podría este piloto debatirse en su conciencia si quebrantaba y rompía su juramento, poniendo en peligro en el futuro la protección de la aviación sanitaria, con la de ser patriota, pues ¿qué le dictaría cuando fuese consciente de su importancia para la fortaleza de su ejército?

Se debe recordar que cuando se elaboró la Convención de Ginebra en 1864, se insertó una



prescripción análoga respecto a los prisioneros de guerra que podían ser liberados con la condición de que no volviesen a tomar las armas. En 1906, cuando se revisó esta convención, se suprimió esta estipulación.

- G) En cuanto al aspecto de la señalización, que en el proyecto se incluía cuatro artículos, se acordó que se realizase un estudio detallado por los constructores de aviones a fin de que se puedan evitar las confusiones y los errores. Ello parecía bastante adecuado por cuanto el proyecto establecía que las aeronaves sanitarias deberían llevar solo bajo las alas el distintivo de protección de la cruz roja sobre fondo blanco, imposibilitando ser distinguida desde una posición superior, como podría ser desde otra aeronave.

Después de las modificaciones o inclusiones señaladas, se considera de interés exponer a continuación una sinopsis de las intervenciones realizadas por M. De Lampradelle, M. Marotte, ambos de Francia y el Sr. Baduel de Italia, los cuales tenían una postura unánime contra el sobrevuelo de la aviación sanitaria sobre las líneas enemigas. Las diversas consideraciones y matizaciones que les llevaron a favorecer dicha posición, que era en general la un gran número de los representantes que asistieron a la XII CFICR, desvelarán las causas y motivos fundamentales de su oposición.

En el proyecto presentado sobre la inmunidad de la aviación sanitaria en los conflictos bélicos, uno de los artículos que conllevó mayor complicidad para su acuerdo, fue el correspondiente al de que "la protección debida a las

formaciones sanitarias cesaría si se las utilizaba para cometer actos dañinos para el enemigo". Se preguntaba, si el sobrevuelo estaba comprendido entre los citados actos dañinos. Este tema ya se predecía de difícil solución, quedándose en que fuesen los estados mayores del ejército y la armada, los que se encargasen de prohibir o limitarlo. La polémica estaba abierta.

La base de las intervenciones de las tres citadas personas señalaban, en definitiva, las causas que motivaron la postura restrictiva a la aviación sanitaria en el caso del sobrevuelo referido.

M. de Lapradelle, en calidad de Presidente del Congreso de Lyon, realizó una exposición sobre cuales consideraba como actos que deberían estar prohibidos por ser considerados como dañinos para el enemigo por una suerte de presunción *iuris et de iure*. Entre los mismos se señalaba el hecho de sobrevolar las líneas del enemigo, en base a que desde el punto de vista sanitario, no había ningún interés para que un avión se acercase hasta la primera línea. Se apoyaba su versión en los diversos escalones de evacuación, el primero correspondiente al de los camilleros aislados, el segundo escalón al de las ambulancias en las que los camilleros transportan los heridos, y como tercero al de los aviones sanitarios, se entendía que a la vista de esta forma estratégica de evacuación, y por tanto no debería existir ningún interés en acercarse a las líneas del enemigo. La duda estaba en conocer hasta qué punto podría acercarse las aeronaves sanitarias. La respuesta había que recogerla, según M. Lapradelle, en el Congreso de Lyon, el cual solo se remitía a señalar que ello era una cuestión técnica. Se debe señalar que las deliberaciones que tuvieron lugar en

Lyon, mostraron que no había ningún interés sanitario en que el avión sobrevolase las líneas enemigas o incluso en que se acercase a ellas<sup>750</sup>.

Cabe indicarse, que se había constatado la inquietud en el seno del ámbito militar por la actividad de la aviación sanitaria. Se temía que estas aeronaves durante el curso de una misión sanitaria, descubriesen las estrategias del enemigo, y que guiado por un sentimiento de "patriotismo", miembros de su tripulación o el personal sanitario, pudiesen desvelarlas. Sobre ello, M. de Lapradelle favorable a dicha posición, se manifestaba a que no se permitiese de el sobrevuelo de las líneas, basándose en que desde el punto de vista de la asistencia a los heridos, sería algo completamente inútil, ya que el papel técnico de la aviación sanitaria debía centrarse en actuar en la retaguardia de las líneas. Dicha postura reflejaba claramente su opción hacia la posición del ámbito militar.

M. Marotte, médico y militar, que actuaba en nombre propio, se pronunciaba negativamente a la actividad sanitaria, en referencia a lo estipulado en el artículo cuatro del proyecto, que establecía que "los gobiernos se comprometen a no utilizar estas formaciones para ningún fin militar", así como no impedirán los movimientos de los combatientes y antes y durante el combate, actuaran por su cuenta y riesgo", entendiendo que las aeronaves sanitarias no debían de entorpecer las acciones militares, y que actuarían "a su propio riesgo y peligro durante sus operaciones".

---

<sup>750</sup> Archivo de documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004

Estas cuestiones para M. Marotte tenían una doble vertiente, pues podían ser demasiado o no ser suficiente. Era demasiado porque lo de actuar a su propio riesgo y peligro, suponía una situación dudosa. Y no era suficiente, porque estimaba que el texto referido, al que se había acordado que los estados mayores son los que decidirían si se prohibía o limitaba el sobrevuelo de la aviación sanitaria en líneas enemigas, no era suficientemente preciso, llegando a afirmar que podía ser arriesgado. Tomar esa decisión necesitaba alguna condición previa.

La postura restrictiva de M. Marotte hacia la aviación sanitaria se acreditaba, cuando se pronunciaba sobre el exceso de atribuciones de la XII CFICR, y que la Cruz Roja se inmiscuía en un ámbito que no era exclusivamente el suyo.

Estaba a favor de que había que dar una solución, pasando por elegir, al igual que lo hiciera M Lapradelle, por el texto ya antes citado de Lyon que prohibía terminantemente el sobrevuelo de las líneas, e incluso el acercamiento a las mismas, ya que podía constituir un acto perjudicial para el enemigo.

Por otra parte, no entendía el beneficio que realizaría un avión sanitario cerca de las líneas, basándose en que poco o nada podría hacer, pues no lograría aterrizar, sería fácilmente destruido y, además, exponería superfluamente a los heridos, enfermos, personal sanitario, tripulantes y material sanitario. Por ello, se pronunciaba a favor de que el traspaso de las líneas enemigas, las acometieran los sanitarios de tierra, que dispondrían de camillas y de

vehículos sanitarios blindados, realizando el mismo servicio que los aviones sanitarios, de manera mas rápida y sencilla.

Por último se refería al papel de la Cruz Roja, señalando que sería perfecto y adecuado si se hubieran admitido los principios correspondientes a que "un avión sanitario puede y debe estar protegido por el distintivo previsto por la Convención de Ginebra, si está exclusivamente reservado al transporte de los enfermos y heridos"; y que "este distintivo debe ser visible desde todo avión, incluso que sobrevuele un avión sanitario, en tierra o en pleno vuelo"<sup>751</sup>.

Sobre estos principios cabe indicarse, que en cuanto al primero, es precisamente en el que se han inspirado la base de las Convenciones de Ginebra desde 1864. Respecto al segundo, que era adecuada su manifestación por cuanto que podría haber aviones que sobrevolasen a las aeronaves sanitarias, pudiéndose distinguirlas mejor si su signo distintivo de la cruz roja estuviera visible, no solo bajo las alas, sino también sobre las mismas.

El Sr. Baduel, demostró en una parte de su intervención, no ser nada futurólogo, pues se apoyaba en que el avión sanitario debía ser exclusivamente un medio de transporte para enfermos y heridos, no siendo posible utilizarlo para llevar socorros bajo forma de intervención quirúrgica in situ. El tiempo no le daría la razón, pues la Aviación sanitaria no sólo serviría como transporte desde el lugar de concentración de enfermos y heridos, sino que dichos

---

<sup>751</sup> Archivo de documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004

transportes se equiparían como verdaderas salas quirúrgicas propias de hospitales.

Por otra parte no estaba de acuerdo, al igual que los anteriores intervinientes, en que el avión sanitario realizara búsqueda de heridos en los conflictos armados del momento, señalando que la Comisión lo había excluido de manera absoluta, pues ello parecía que era exponerle a ciertos riesgos, tanto de índole "moral" como material, en el caso de que sobrevolasen las líneas enemigas. La realidad era que se temía que el avión sanitario, abusando de su cometido, realizase un deber distinto del objeto de su misión.

Si antes se señalaba poca videncia en la predicción por el Sr. Baduel, ahora se debe indicar lo contrario, pues anunciaba que este medio de transporte tendría un gran futuro, no solamente en tiempos de guerra, sino también en períodos de paz, especialmente en asistencia a grandes catástrofes y calamidades.

Estimaba que con el tiempo, las naciones buscarían poseer numerosos medios de transporte aéreo, que tanto en tiempo de guerra como de paz, constituirán la mejor manera y la más segura para el transporte de enfermos y heridos que tuviesen necesidad de socorro urgente en ciertas condiciones especiales<sup>752</sup>. En esto desde luego estaba en lo cierto.

---

<sup>752</sup> Archivo de documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004

Esta Conferencia tras las pertinentes modificaciones que se incluyeron en el proyecto presentado de Convención adicional a la Convención de Ginebra de 1906 y a la X Convención de La Haya de 1907, para la adaptación a la guerra aérea de los principios de Ginebra, se pronunciaron en aprobarlo, así como en enviarlo al Consejo Federal Suizo a fin de que se introdujera entre las cuestiones que se iban a tratar en la próxima Conferencia Diplomática de 1929, encargada de revisar la Convención de 1906<sup>753</sup>.

Se debe significar una de las grandes acciones que tuvo que afrontar la aviación sanitaria un año después de la XII CFICR, en 1926 durante el conflicto armado entre España y Marruecos, con motivo de la operación de Alhucemas, donde participaron aviones de la Cruz Roja Española para la evacuación de heridos graves, trasladándolos especialmente hacia la base de Larache<sup>754</sup>.

#### **1.11) Congresos Internacionales relativos a la Aviación Sanitaria (1911-1925).-**

Durante esta fase desde la X Convención de La Haya de 1907 hasta antes el comienzo de la Segunda Guerra Mundial en 1939, se convocaron varios congresos internacionales sobre la aviación pero con objetivos diferentes.

---

<sup>753</sup> J. Pictet. Comentario a las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949. Generalidades de la Convención I.

<sup>754</sup> Joseph Carles Clemente. Historia de la C R E. 1986

Se recuerda que en **1911** se convocó la **Reunión de Madrid por el Instituto de Derecho Internacional**, cuyo fin, aunque no tendría relación directa con la aviación sanitaria, si es de interés reseñarlo, puesto que supuso la primera piedra para la elaboración de una doctrina para la guerra aérea, dando origen a una Resolución de 22 de abril de 1911<sup>755</sup>, por la que se declaraba lícita la guerra aérea, siempre que cumpliera ciertas condiciones. Aunque no tuvo validez, si sirvió de base para consideraciones en el futuro.

En **1920** tienen lugar las **Jornadas del Congreso de Transportes de Madrid**, después de la misma se implanta el servicio de evacuación de heridos, aunque con anterioridad ya se habían efectuado traslado de heridos a la guerra de España con Marruecos.

Se debe tener en cuenta que durante la II Republica de España, se crea, según la versión de Javier Paulino Pérez, el primer servicio de ambulancias aéreas. Su eficacia hizo que los ingleses la introdujeran en la RAF<sup>756</sup>.

Con motivo del **III Congreso de Medicina y de Farmacias Militares de 1925**, se publicó un folleto en el que el CICR informaba y promovía un ejercicio de acción a favor de la aviación sanitaria, en referencia al progreso que había alcanzado y los problemas internacionales que suscitaba el desarrollo de este tipo de aviación.

---

<sup>755</sup> José Luis Fernández-Flores y Funes. Conferencia sobre derecho de la guerra aérea. Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario de Cruz Roja Española. Madrid.

<sup>756</sup> Javier Paulino Pérez. La Sanidad del arma de Aviación Republicana. Monografías de Beecham.



Los delegados del Comité Internacional de este congreso, asistieron a la demostración de la aviación sanitaria organizada en Bourget, y a su vez tuvieron conocimiento de los nuevos aparatos que iban a incluir en el servicio francés<sup>757</sup>.

En el mismo año de 1925, fue convocado **el Congreso Jurídico Internacional de Derecho Aéreo, en Lyon**<sup>758</sup>. Miembros de este Congreso participaron como expertos en la reunión que se mantendría con miembros del CICR previa a la XII CFICR, con el fin de tratar sobre la regulación de la Aviación Sanitaria. Entre las personas expertas se encontraba el Sr. Julliot, comisionado por el Comité Jurídico Internacional, que llevaba a cabo un estudio sobre la inmunidad de la aviación sanitaria<sup>759</sup>. Sus diferentes trabajos sobre este tema, y los realizados por Paul Des Gouttes, del CICR, permitió un intercambio muy fructífero para lo que iba a deparar el futuro de la aviación sanitaria, especialmente en su protección y seguridad.

#### **1.12) XIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de La Haya de 1928.-**

De esta Conferencia se debe destacar dos cuestiones, una referente al transporte sanitario marítimo sobre la creación de una flotilla internacional de socorro para las

---

<sup>757</sup> Paul Des Gouttes. Aviación Sanitaria. Informe general del CICR sobre Informe de la XII CFICR. RICR. Octubre 1925.

<sup>758</sup> Archivo de Documentación del CICR. XII CFICR de Ginebra de 1925. Ginebra 2001-2004.

<sup>759</sup> Rapport General du Comité International de la Croix-Rouge sur la activité de 1923 a 1925. Biblioteca de Cruz Roja Española.

víctimas de la guerra marítima, y otra sobre el transporte sanitario aéreo relativo al aprovechamiento del mismo en tiempo de paz.

En cuanto al TSM, la XIII Conferencia internacional de la Cruz Roja, había considerado la necesidad de someter a un estudio de una Comisión de expertos los proyectos que le habían sido presentados correspondientes a la creación de una flotilla internacional de socorro de la Cruz Roja, para el socorro de víctimas en la guerra marítima.

Para ello se daban las siguientes instrucciones<sup>760</sup>:

- A) Dar un mandato al Comité internacional de la Cruz Roja para que tome las medidas necesarias para que las potencias marítimas más importantes tengan un representante en la comisión futura de expertos, y asegurar a esta comisión la colaboración de todas las fuerzas de la Cruz Roja internacional.
- B) Recomendar a las sociedades nacionales de la Cruz Roja, en la medida en que estén interesadas en las cuestiones de que se trate, que comiencen cada una por su propia cuenta, el estudio del asunto para hacer, si fuese el caso, las sugerencias que estimen convenientes a la Comisión.

Respecto a la otra cuestión sobre el TSA, esta Conferencia Internacional, reconocía la gran importancia de la aviación sanitaria por su actividad en tiempo de guerra, por lo que acordaba proponer a las sociedades nacionales, que mientras

---

<sup>760</sup> Archivo de documentación del CICR. XIII CFICR de Ginebra de 1928. Ginebra 2001-2004

no estuviese regulada la cuestión de la inmunidad, así como otros temas jurídicos, se debía concentrar todos sus esfuerzos en el desarrollo de una aviación sanitaria civil. No se estaba equivocando la CFICR cuando tenía el convencimiento de que todo progreso que se realizase en el campo de la aviación sanitaria civil, contribuiría en gran medida al de la aviación sanitaria militar.

Por último y a la vista de lo expuesto sobre el TSA, la Conferencia recomendaba a las sociedades nacionales de la Cruz Roja que entraran en relación con los órganos oficiales o privados de sus países respectivos para gestionar las cuestiones concernientes a la dotación de medios, utilización en los mismos de aparatos sanitarios, temas relativos sobre los campos de aterrizaje, así como su empleo para el socorro de urgencia<sup>761</sup>.

**1.13) El Convenio de Ginebra de 27 de Julio de 1929 para la Mejora de la Suerte de Heridos y Enfermos de los Ejércitos, y el nacimiento de la regulación del Transporte Sanitario Aéreo.-**

Adoptado en sustitución expresa de los anteriores Convenios de 1864 y 1906, consta de 39 artículos sobre los 33 del inmediatamente anterior de 1906 y los 10 del más antiguo de 1864. De sus 39 artículos, uno solo, el dieciocho, se referirá a la aviación sanitaria, no obstante constituirá el nacimiento del derecho regulador del transporte

---

<sup>761</sup> Archivo de documentación del CICR. XIII CFICR de Ginebra de 1928. Ginebra 2001-2004

sanitario aéreo. Este texto fue ratificado por España el 6 de agosto de 1930.

Previamente cabe señalar, que el texto de Convención adicional a la Convención de Ginebra de 1906 y a la X Convención de La Haya de 1907, para la adaptación a la guerra aérea de los principios de Ginebra, aprobado por la XII CFICR de 1925, y que fue enviado al Consejo Federal Suizo a fin de que se introdujera entre las cuestiones que se iban a tratar en la Conferencia Diplomática de 1929, encargada de revisar la Convención de 1906, pues no se pudo incluir, en base a que no era conveniente por la acumulación de temas a tratar para su aprobación. Por ello llegado el momento de convocar esta Conferencia para el mes de julio de 1929, el Departamento de política federal, envió un escrito de 31 de mayo de 1928 al Comité internacional de la Cruz-Roja, expresándole que era más prudente renunciar para no cambiar el programa en demasía, que ya estaba suficientemente recargado por la revisión de la Convención de 1906 y la elaboración de un Código de prisioneros de guerra. Por otra parte, otras de las causas que motivaban su rechazo a que se incluyera en la Conferencia Diplomática de 1929, era que el referido proyecto de Convención de la inmunidad de la aviación sanitaria en los conflictos armados, trataba un tema sumamente complicado, así como el mismo todavía estaba por madurar. Por otra parte, la contestación previa de los Estados, no había podido ser incluida, cuestión de vital importancia para la garantía del buen funcionamiento de la Conferencia<sup>762</sup>.

---

<sup>762</sup> Jeans Pictet. Comentario a las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949. Generalidades de la Convención I.

Todas estas cuestiones, postergaban al proyecto de la regulación de la aviación sanitaria hasta otra nueva Conferencia Diplomática.

No obstante, cuando se pidió a los Estados partícipes en la Convención de Ginebra que presentasen sus sugerencias para la Conferencia de julio de 1929, entre ellos se encontraban, Francia y Gran Bretaña, los mismos retomando la cuestión, propusieron la introducción en la convención revisada de disposiciones relativas a la aviación sanitaria<sup>763</sup>. Este tema se había convertido tan trascendental, que no parecía posible que se revisase la Convención de Ginebra de 1906, sin que se incluyese entre los temas a tratar.

Pero existía otro problema, faltaba tiempo suficiente para realizar una codificación completa, pues los gobiernos no habían sido avisados con la suficiente antelación de la inclusión de la referida materia en el orden del día, y por ende era imposible componer las delegaciones de forma razonable.

No obstante, al final se pudo introducir un sólo artículo sobre dicha materia. Después de un estudio en profundidad, primero por una subcomisión y después por la Iª Comisión, se incluyó el artículo "dieciocho" en la convención de julio de 1929. No era todo lo que se debería haber aprobado, pero al menos ello bastaría para dar lugar al alumbramiento del derecho del transporte sanitario aéreo.

Este artículo "dieciocho" expresa los principios directrices en la materia y protege a las aeronaves

---

<sup>763</sup> Archivo de documentación de biblioteca de Cruz Roja Española. XIV CFICR de Bruselas de 1930, cuestión XXIII de orden del día.

sanitarias, a su personal y al material en determinadas condiciones.

Siguiendo los principios fundamentales proclamados en las anteriores Convenciones de 1864 y 1906, así como la X Convención de La Haya de 1907, se establecía que las aeronaves sanitarias se hallarían protegidas, siempre que se empleen exclusivamente para la evacuación de heridos y enfermos o para transportar al personal o material sanitario.

Por otra parte, siguiendo las líneas expresadas en la XII CFICR de 1925, donde se sopesaba el ámbito militar inclinado en restringir el paso de la aviación sanitaria en territorio enemigo, se "prohibía el sobrevuelo de líneas de fuego, la zona anterior a los grandes puestos de socorro en la vanguardia y, en general, en territorio enemigo o por el enemigo efectivamente ocupado, salvo licencia especial y expresa<sup>764</sup>". "También deben obedecer a toda intimidación de aterrizaje. En caso de aterrizaje, tanto impuesto como fortuito, en suelo enemigo u ocupado por éste, heridos, enfermos, personal, material sanitario y aeronave incluso, disfrutarán de la protección establecida por la Convención". Respecto a la tripulación se establecía, su protección, como se acordaba en el proyecto, aunque en este caso se añadía la condición de que se dedicase siempre a realizar servicios sanitarios durante el conflicto. Se acordaba que "los pilotos, mecánicos y radiotelegrafistas serán entregados a condición de no desempeñar hasta el fin de la campaña solo servicios sanitarios<sup>765</sup>".

---

<sup>764</sup> Fernando María de Lasala Samper. La Protección a los enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas en Campaña. Universidad de Zaragoza. 1964

<sup>765</sup> Esperanza Orihuela Calatayud. Derecho Internacional Humanitario. Tratados Internacionales y otros textos. 1998

Por último, se establecía donde debían situarse las señales distintivas de las aeronaves sanitarias para su mayor protección, determinándose que el avión tenía que estar pintado en blanco, lo cual mejora su visibilidad, aunque se corre el riesgo de retardar las operaciones de este servicio al tener que pintarse. También se estipula que deberá llevar ostensiblemente la señal de la cruz roja junto con los colores nacionales sobre sus caras superior e inferior<sup>766</sup>, siendo en este caso es muy acertada decisión. Se recuerda que en el proyecto se acordaba que los constructores realizarían un informe técnico sobre ello, ya que previamente solo se proyectaba dicho signo protector solo bajo las alas, lo como ya se expuso anteriormente no parecía suficiente, como así ha sido la respuesta acertada en incluirlo en esta Convención en pro de la seguridad de la aviación sanitaria. Otra cuestión a reseñar corresponde a que se puede emplear, en lugar del referido signo de la cruz roja, otra señal distintiva para los países que utilizan otras como la media luna roja o el león y el sol rojo sobre fondo blanco<sup>767</sup>.

Otra de las cuestiones que se debe destacar, no especial del derecho de la regulación de la aviación sanitaria, sino de la regulación general, corresponde a que todas las disposiciones del Convenio obligan a todos los beligerantes, aunque uno de los combatientes actuales no fuese parte en aquél.

Por último, la Conferencia Diplomática, conocedora de que la solución dada para la regulación de la aviación

---

<sup>766</sup> Fernando María de Lasala Samper. La Protección a los enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas en Campaña. Universidad de Zaragoza.1964

<sup>767</sup> Esperanza Orihuela Calatayud. Derecho Internacional Humanitario. Tratados Internacionales y otros textos.1998

sanitaria no era suficiente, emitió en su Acta final la aspiración a que todos los países que tomen parte en las Convenciones de Ginebra se reúnan en una nueva Conferencia, con el fin de regular la aviación sanitaria en tiempo de guerra<sup>768</sup>.

Al mismo tiempo, esta primera reglamentación no estaba más que en sus comienzos, de manera que se introdujo un voto en el Acta de la conferencia que rezaba del siguiente modo:

"La Conferencia emite el deseo de que los países partícipes en la Convención de Ginebra se reúnan en una Conferencia, en un futuro próximo, con vistas a reglamentar con toda la amplitud necesaria, las cuestiones relativas a la aviación sanitaria en tiempos de guerra".

#### **1.14) XIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Bruselas de 1930.-**

Esta es la primera Conferencia Internacional de la Cruz Roja que tuvo lugar el 6 de octubre de 1930, después de la última revisión en 1929 de la Convención de Ginebra para la mejora de la suerte de los heridos y enfermos en los ejércitos en campaña, que incluía por primera vez disposiciones relativas a la regulación del TSA. Por otra parte, dicha Convención también acordó la redacción de varios artículos que interesaban a la Cruz Roja, en

---

<sup>768</sup> Jean Pictet. Comentario a las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949. Generalidades de la Convención I.



especial sobre el ámbito del socorro marítimo y señal distintiva.

Aunque todavía no estaba en vigor, no se dudaba de que fuera a ser ratificada por los 47 Estados representados en la Conferencia que la suscribieron.

En referencia a los temas antes referidos la XIV CFICR, estimó pronunciarse de la manera que a continuación se detalla<sup>769</sup>:

A) Respecto a la **aviación sanitaria**, en primer lugar cabe señalar que la misma se había puesto expresamente bajo el beneficio de la Convención, y se solicitaba de las sociedades de la Cruz Roja que posean aparatos sanitarios, que los incorporen, igual que ocurre con las ambulancias en la tierra, a los servicios de sanidad del ejército en caso de guerra, mediando la notificación previa a la parte contraria, de acuerdo con lo establecido en los artículos 10 y 11 de la Convención. Por otra parte, se extendía la invitación a quienes posean aviones sanitarios en tiempo de paz, para que los puedan ofrecer en tiempo de guerra.

En segundo lugar, relativo a lo establecido en el artículo 18 de la Convención, especialmente sobre la prohibición que atañe al piloto capturado y que devuelto, no puede servir en ningún otro servicio que no sea el sanitario hasta el final de las hostilidades, se afirmaba, que el mismo no ha sido pensado para restar los ideales de la Cruz-Roja, ya que sus pilotos no forman parte del servicio sanitario, ni en tiempo de paz ni en tiempo de guerra,

---

<sup>769</sup> Archivo de documentación de biblioteca de Cruz Roja Española. XIV CFICR de Bruselas de 1930, cuestión VIII (a) de orden del día.

pues cuando hayan sido devueltos tras su captura, retornarán al servicio civil, podrán servir en otro aparato sanitario aéreo o podrán enrolarse en las tropas sanitarias.

No obstante se apreciaba el interés en que la próxima Convención pudiera hacer desaparecer lo establecido en dicho articulado, sobre los pilotos de los aviones sanitarios.

B) En cuanto a lo relativo al **Transporte Sanitario Marítimo**, la Convención podía afectarle en lo establecido en el artículo 16, el cual se refería a lo relacionado al material de las Sociedades de Socorro, entendiéndose que se incluía como tal, las embarcaciones sanitarias, bien fueran buques hospitales o barcos de salvamento, los cuales no serían sometidos a las "leyes de la guerra". Por otra parte el material sanitario y las embarcaciones, al ser considerados expresamente como propiedad privada, serían respetados en todo momento y en cualquier lugar.

Por otra parte, en el citado artículo 16 versaba sobre el derecho de requisa, que no se podría ejercer salvo en caso de urgente necesidad, y sin que los sanitarios heridos o enfermos puedan ser privados de los medicamentos o de los objetos de vendaje que necesitase su estado.

C) Otra cuestión correspondía a la señal distintiva, pronunciándose la Conferencia, en base a lo señalado en el artículo 19, que la asimilación a la cruz roja de la media luna roja y el león y el sol rojo, no presenta nada novedoso para las sociedades nacionales. Las Sociedades de la media luna roja de Turquía y de Egipto, las del León y del Sol rojos ya fueron

reconocidas anteriormente y puesta en pie de igualdad con las demás.

Aparte del dictamen que la XIV CFICR hizo sobre algunos de los aspectos de la Convención de 1929 ya antes citados, también realizó una serie de recomendaciones a las sociedades nacionales de Cruz Roja, relativo a la aviación sanitaria, planteando unas propuestas referidas a promover acuerdos con los diferentes organismos de cada país, técnicas para transformación en aeronaves sanitarias y desarrollo de esta aviación<sup>770</sup>.

En cuanto a los citados acuerdos, estos se referían con las autoridades civiles y militares a fin de obtener de las mismas, la autorización para servirse de aparatos aéreos, particularmente en caso de calamidades.

Respecto a las propuestas técnicas, trataban de favorecer los estudios que permitiesen la rápida transformación de aeronaves de carga o pasajeros, en aviones "porta-heridos" al prever en su construcción un dispositivo para la fijación de camillas, y en particular de una camilla estandarizada. También se promovía la participación en los distintos congresos de aviación sanitaria, y ayudas tanto de tipo moral como material a las agrupaciones civiles que tuvieran como fin el desarrollo de la aviación.

Al CICR y a la Liga de sociedades de la Cruz Roja se les instaba a seguir en el desarrollo de la aviación sanitaria desde el punto de vista técnico.

---

<sup>770</sup> Archivo de documentación del CICR. XIV CFICR de Ginebra de 1930. Ginebra 2001-2004

Asimismo se pedía que el CICR y los Gobiernos de los países signatarios de la Convención de Ginebra estudien los medios reglamentarios y técnicos de tal naturaleza que faciliten el recorrido internacional de aparatos sanitarios, tales como:

- Facilidades para el paso de fronteras.
- Utilización de hangares y bases.
- Prioridad en las transmisiones.
- Simplificación de las formalidades aduaneras y de policía.
- Exoneración de derechos de aduana, de tasas de aterrizaje.
- Participación de flotas aéreas mercantes en la tarea del socorro.

Por último, se instaba a los gobiernos a que organizaran y desarrollaran su aviación sanitaria nacional, en estrecha colaboración con las Sociedades de la Cruz Roja y las iniciativas privadas.

Retomando de nuevo la Convención de 1929 y la reglamentación sobre la aviación sanitaria, la XIV Conferencia Internacional, conocedora de que no se estaba más que en sus comienzos, introdujo un voto en el Acta, expresando que "se contiene el deseo de que los países partícipes en la Convención de Ginebra se reúnan en una Conferencia, en un futuro próximo, con vistas a reglamentar con toda la amplitud necesaria, las cuestiones relativas a la aviación sanitaria en tiempos de guerra."

El CICR que había publicado a finales de 1929, un estudio sobre la Convención de 1929 y la inmunidad de las aeronaves sanitarias, realizado por Ch Julliot y a P. Des Gouttes<sup>771</sup>, presentó en esta Conferencia un proyecto de adaptación de la guerra aérea a los principios de la Convención de Ginebra, llevado a cabo por los mismos autores<sup>772</sup>. Dicho proyecto seguía las mismas disposiciones que las acordadas en el anterior que fue aprobado en la XII CFICR de 1925, con algunas mínimas modificaciones<sup>773</sup>.

Estas variaciones corresponden en primer lugar a lo propuesto en el artículo cinco, que se refiere a la pérdida de la protección de la aviación sanitaria, si la misma se utiliza para realizar actos perjudiciales para el enemigo. Pues bien, en el apartado de excepciones, aparte de lo referido al hecho de que el personal esté armado y de que utilice sus armas para su propia defensa o la de los heridos y enfermos, se han incluido los siguientes:

- A) El hecho de que a falta de enfermeros armados, el aparato en tierra esté custodiado por un piquete de centinelas.
- B) El hecho de que se encuentren en el aparato armas ligeras o munición que haya sido retirada a los heridos y a los enfermos y que todavía no hayan sido entregadas al servicio competente.

---

<sup>771</sup> Archivo de documentación de biblioteca de Cruz Roja Española. XIII CFICR de Bruselas de 1930, cuestión XXIII de orden del día.

<sup>772</sup> Este informe, redactado por el señor Paul Des Gouttes, miembro del CICR, en colaboración con Ch. Julliot, se publicó en la RICR n° 138, julio 1930.

<sup>773</sup> Archivo de documentación de biblioteca de Cruz Roja Española. XIV CFICR de Bruselas de 1930,

Por otra parte, en este proyecto desaparece que se pierda la protección citada por el hecho de que se encuentre el aparato de telégrafos a bordo.

En segundo lugar, el artículo octavo, relativo a la protección del personal sanitario y al afectado al transporte, se añade otro personal, el de administración de formaciones y de establecimientos sanitarios.

En tercer lugar, el artículo once, correspondiente al derecho de requisar por la Autoridad militar competente del material sanitario para el cuidado de los enfermos y heridos, se añade que dicho derecho no podrá ser ejercido sobre el material de las sociedades de socorro puestas bajo el beneficio de la Convención más que en caso de urgente necesidad y una vez que se haya asegurado la suerte de los heridos y enfermos.

En cuarto y último lugar, el artículo doce, sobre el signo distintivo, se introduce lo ya incluido en la Convención de Ginebra de 1929, con respecto a portar el signo de la cruz roja tanto en la cara inferior como superior de las alas, junto con los colores nacionales. Además se añade lo siguiente:

El aparato que perteneciendo a un país neutral y que haya sido, en las condiciones previstas en la última línea del artículo 6<sup>774</sup>, autorizado para prestar sus servicios, deberá enarbolar junto con la bandera de la

---

<sup>774</sup> Artº 6 (último párrafo): "serán aplicables a los aparatos sanitarios aéreos equipados en parte o en su totalidad por las sociedades de socorro de los beligerantes o de los Estados neutrales que hayan sido así reconocidos oficialmente, en las condiciones previstas en los artículos 10 y 11 de la Convención de Ginebra de 1929".

Convención, la bandera nacional del beligerante al que preste su asistencia. Tendrá el derecho, en la medida en que preste sus servicios a un beligerante, de enarbolar también su pabellón nacional. Sin embargo, el aparato que caiga en poder del enemigo sólo podrá enarbolar la bandera de la Convención durante el tiempo en que se encuentre en esta circunstancia.

La XIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja aprobó este proyecto y encargó al CICR que lo remitiese al Consejo Federal suizo, para que fuese incluido en el orden del día de la próxima Conferencia Diplomática<sup>775</sup>.

Cabe señalar que esta Conferencia debía reunirse en 1940, pero su convocatoria tuvo que retrasarse con motivo de la Segunda Guerra Mundial.

En 1935 se preparó otro Proyecto de Convención, a título privado, por Julliot y Schickelé<sup>776</sup>, con motivo de reglamentar la aviación sanitaria a través del desarrollo de la Convención de Ginebra, abandonando la idea de querer adaptar la guerra aérea los principios de la citada Convención.

Cabe Recordar que durante el conflicto de la guerra civil española (1936-1939), la aviación sanitaria tuvo un gran protagonismo, se crea la primera unidad de ambulancias aéreas del mundo, con aparatos aéreos contruidos al efecto, como el Menospar ST-25<sup>777</sup>.

---

<sup>775</sup> Archivo de documentación de biblioteca de Cruz Roja Española. XIV CFICR de Bruselas de 1930, cuestión XXIII de orden del día.

<sup>776</sup> Jean Pictet. Comentario a las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949. Generalidades de la Convención I.

<sup>777</sup> Javier Paulino Pérez. La sanidad del arma de aviación republicana. Monografías Beecham.

Había que esperar hasta 1945, para que se retomasen nuevamente los estudios tendentes a la revisión de las Convenciones de Ginebra, para que se alumbrase tras la Conferencia Diplomática de 1949, una regulación no tan amplia como se esperaba, basada en lo reglamentado en la Convención de 1929, pero permitiendo mayores recursos a la aviación sanitaria.

#### 1.15) La XV y XVI Conferencias Internacionales de la Cruz Roja de Tokyo (1934) y Londres (1938).-

Estas dos Conferencias se han querido exponer por cuanto, aunque no tratan del TSA en tiempo de guerra, sí lo hacen en tiempo de paz, y demuestra el interés cada vez mayor que la Cruz Roja condecía a la aviación sanitaria por los servicios que podía prestar especialmente en casos de catástrofes y calamidad.

Por otra parte, la actividad sanitaria de la aviación, a la vez que iba elevando su campo de acción, desarrollaba mejores medios técnicos que hacían mejorar el desempeño de su actividad, y ello serviría de base para cuando tuviera que actuar en un conflicto armado.

Las XV y XVI Conferencias Internacionales reconocen la importancia de los servicios de la aviación sanitaria; destaca las disposiciones llevadas a cabo por la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja para poner a sus miembros al corriente del progreso realizado en este ámbito; y



considera los grandes progresos realizados en la utilización del avión para asegurar los primeros auxilios, particularmente en situaciones de desgracia, a través de los vuelos de reconocimiento, sirviendo de unión con las poblaciones aisladas, garantizando el avituallamiento de víveres y de medicamentos, realizando el transporte de médicos, enfermeras y de personal de auxilio a los lugares siniestrados, y llevando a efecto la evacuación de enfermos y de heridos de lugares de difícil acceso por otros medios, y menor tiempo, entre otras actividades<sup>778</sup>.

Por ello ambas Conferencias reiteran Recomendaciones de anteriores Conferencias, como la XV CICR de 1934, reitera la contenidas en la XVII resolución de la XIV CICR de 1930, y la XVI CFICR de 1938, reitera de nuevo esta XVII resolución, así como la XXXII resolución de la XV CFICR de 1934.

Estas Recomendaciones se basaban prácticamente en lo expresado en la XIV CFICR, que ya se ha expuesto sobre la aviación sanitaria en tiempo de paz, incluyendo además que se promuevan pactos por las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja, a fin de concluir acuerdos con los Aero-Clubs, las organizaciones internacionales, en particular con la Federación aeronáutica internacional, así como con los servicios gubernamentales y privados que se interesen en el auxilio aéreo, con vista a asegurar a la obra de socorro de la Cruz Roja la colaboración de los pilotos tanto civiles como militares; y, por otra parte, que las Sociedades nacionales se esfuercen en organizar cursos destinados a la

---

<sup>778</sup> Archivo de documentación del CICR. XV y XVI CFICR de Ginebra de 1934 Y 1938. Ginebra 2001-2004

formación de un personal entrenado en el transporte aéreo de enfermos y en todas las labores humanitarias que pueden ser llevadas a cabo a través de la aviación.

Por otra parte, también se insta al CICR a continuar con los estudios sobre la elaboración de reglamentos que permitan a los aparatos asegurar el socorro aéreo el paso de fronteras en tiempo de paz, de la manera más ágil y posible.

Por último cabe señalar que en 1937 se convocó una comisión de expertos para llevar a efecto la revisión de la Convención de 1929, la cual una vez sometida a la consideración de la XVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja, para incluirse en la agenda de la CFD de 1940. Esta no se pudo al final convocar con motivo del estallido de la Segunda Guerra Mundial.

## **2) SEGUNDA FASE DESDE 1939 (INICIO DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL) HASTA 2005.**

Esta fase se iniciará con otro de los acontecimientos bélicos de mayor repercusión histórica, la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), conflicto armado que costó la vida del dos por ciento de la población mundial de la época (56 millones de personas), la mayoría civiles. Comienza oficialmente en 1939 (aunque en el continente asiático llevaban luchando desde 1937 Japón y China) para acabar el

dos de septiembre de 1945<sup>779</sup>.

Durante esta guerra se sucedieron una serie de circunstancias como los ataques y hundimientos de un cierto número de buques hospitales, especialmente en el Extremo Oriente<sup>780</sup>, para que se agilizase el desarrollo de una nueva normativa.

A veces el motivo de dichas agresiones, podían deberse a la falta de una identificación suficiente visible por las fuerzas aéreas. Se debe tener en cuenta que el X Convenio de La Haya de 1907, que estaba en vigor durante el citado conflicto bélico, establecía que la colocación de cruces rojas sólo debería realizarse en los costados, y no sobre la cubierta, lugar éste indudablemente de mayor facilidad para la observación de la señal protectora.

Por tanto, aparte de exponerse aquellas cuestiones relativas a las causas que llevaron al conflicto, las partes que intervinieron, el inicio, desarrollo y fin de la guerra, se detallarán aquellas cuestiones que tendrían incidencia con el transporte marítimo y aéreo, y sus consecuencias con respecto al cumplimiento del citado X Convenio de la Haya de 1907, en lo correspondiente al socorro marítimo, y el Convenio de Ginebra de 1929 en cuanto al transporte sanitario aéreo.

Tras la finalización de la segunda Gran Guerra, tuvo lugar en Estocolmo, en el año 1948, un hecho que tendría gran repercusión para el actual DIH, la celebración de la XVII Conferencia Internacional de las Sociedades de Cruz Roja,

---

<sup>779</sup> Página Web: [http:// es.wikipedia.org/wiki/Segunda\\_Gerra\\_Mundial](http://es.wikipedia.org/wiki/Segunda_Gerra_Mundial)  
(Segunda Guerra Mundial-Wikipedia en español)

<sup>780</sup> Jean Pictet. *Desarrollo y principios del Derecho Internacional Humanitario*. Publicado por el Comité Internacional de la Cruz Roja. Referencia 2059. 31-12-1986.

donde se promueve una nueva regulación del DIH, en la que tendría especial incidencia las cuestiones relativas al transporte sanitario marítimo y aéreo. Un año después, en Ginebra en 1949, se celebra la Conferencia Diplomática, firmándose cuatro Convenciones, entre las que se encontraba la Segunda denominada Convención Internacional para la Mejora de la Suerte de los Heridos, de los Enfermos y de los Náufragos de las Fuerzas Armadas en el Mar, también llamada "la Convención Marítima", donde se establecerían especialmente disposiciones relativas a la regulación del referido transporte sanitario. En las otras Convenciones como la Primera y Cuarta, también se establecerán disposiciones, aunque en menor medida sobre el transporte sanitario marítimo y aéreo.

Las Convenciones de 1949, en relación con la regulación de los transportes sanitarios marítimos, fueron más precisas y detalladas en sus normas que el anterior X Convenio de 1907, que sin embargo, no fue objeto de grandes cambios<sup>781</sup>.

Los Protocolos de Ginebra de 1977, adoptados para poner al día los citados Convenios de Ginebra de 1949, se centran entre otros temas, en el transporte sanitario marítimo y el aéreo, dedicando una especial mención a los medios de identificación de los barcos hospitales y embarcaciones de salvamento costeras, así como de las aeronaves sanitarias, para garantizar una mejor protección en un conflicto bélico. Se hará especial hincapié en la Guerra de las Malvinas de 1982, donde por primera vez se aplicaría el Segundo Convenio de Ginebra de 1949, lo cual aportaría importantes cuestiones para el Derecho Internacional Humanitario. Se expondrán aquellas Conferencias Internacionales de Cruz Roja como la XXV y XXVI de 1986 y

---

<sup>781</sup>Jean Pictet. Obra citada.

1995 respectivamente, que aportarán importantes impulsos y novedades para una mayor protección de los transportes sanitarios marítimos y aéreos en conflictos armados. Se hará hincapié en las distintas organizaciones internacionales como OACI, OMI y UIT, que aprobarían normas que proyectarían mayores garantías a los citados medios de transporte en caso de guerra. Las diversas Reuniones de Expertos no podrán pasar desapercibidas, pues serán la base y el impulso para ir ganando posiciones en pro de la protección de las víctimas en los conflictos armados, pues con sus estudios y propuestas se irán constituyendo en precursores de nuevas reglas que faciliten la salvaguarda de los medios de transporte sanitarios marítimos y aéreos en periodo de conflicto armado, y con ello la protección de las citadas víctimas. La Revisión en del Anexo I del Protocolo I Adicional a los Convenios de Ginebra de 1949, que entró en vigor el 01-03-1994, que albergaría unas disposiciones más adecuadas para hacer frente a los medios cada vez más sofisticados y modernos de las armas de los beligerantes.

El Manual de San Remo de 1994, como último texto sobre el Derecho Internacional Humanitario y la guerra marítima, que a pesar de no ser vinculante, ha servido para dar respuestas a aquellas cuestiones que han conllevados dudas o que no han sido específicamente tratadas en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos de 1977.

Se finalizará con aquellas últimas informaciones relativas a nuevos estudios o propuestas sobre los transportes sanitarios marítimos y aéreos en conflicto armado, recogidas en los últimos años, así como el resultado de la Conferencia Diplomática de diciembre de 2005 para la actualización sobre el Emblema Adicional a los de cruz roja

y media luna roja.

## **2.1) La Segunda Guerra Mundial y la actividad del transporte sanitario marítimo y aéreo.-**

### **2.1.1) Introducción.-**

En la Segunda Guerra Mundial países de todos los continentes se vieron implicados o afectados en una contienda en la que naciones con siglos de civilización se enfrentaron en una escala destructiva sin precedentes en la suma de sufrimiento para la humanidad.

Previamente a dicho acontecimiento, cabe recordar la celebración del Pacto de París (1928), donde 63 naciones firmaron el Tratado para la Renuncia a la Guerra, también denominado Pacto Briand-Kellog, y se comprometieron a resolver los conflictos internacionales por medios pacíficos.

La Segunda Gran Guerra fue un conflicto armado que se extendió prácticamente por todo el mundo entre los años 1939 y 1945. Los principales beligerantes fueron, de un lado, Alemania, Italia y Japón, llamadas potencias del eje, y del otro, las potencias aliadas, Francia, el Reino Unido, los Estados Unidos, la Unión Soviética y, en menor medida, China. La guerra fue en muchos aspectos una consecuencia, tras un difícil paréntesis de veinte años, de las graves disputas que la Primera Guerra mundial había dejado sin resolver.

Después de la anexión de Austria en 1938 y Checoslovaquia al año siguiente, Hitler ordenó iniciar la invasión de Polonia el 1 de septiembre de 1939. El Reino Unido y Francia declararon la guerra a Alemania dos días después.

El final de la guerra llegó para Europa el 7 de mayo de 1945 cuando el almirante Doenitz dio su conformidad a aceptar la rendición sin condición. En el Pacífico acabó formalmente con la rendición japonesa el dos de septiembre de 1945, tras las bombas atómicas lanzadas por Estados Unidos en Hiroshima y Nagasaki el 6 de agosto y 2 de septiembre de dicho año.

#### **2.1.2) La participación activa del Transporte Sanitario marítimo y aéreo.-**

La participación activa del transporte sanitario tanto marítimo como aéreo en la Segunda Guerra Mundial, tuvo unas características singulares que conviene diferenciarse, por ello a continuación se abren los siguientes subepígrafes:

##### **2.1.2.1) El transporte sanitario Marítimo:**

Respecto a la actividad del transporte sanitario en el ámbito marítimo, cabe reseñar que no se llevaba a efecto en muchas de las ocasiones el cumplimiento de lo estipulado en el Convenio de La Haya de 1907, ya que durante la segunda Guerra Mundial fueron atacados y a veces hundidos varios barcos hospitales, dándose esta circunstancia especialmente en el Extremo Oriente. Se aducía que el motivo de estas tragedias se adjudicaba a la falta de una identificación con suficiente visibilidad para las fuerzas armadas<sup>782</sup>.

---

<sup>782</sup> Jean Pictet. Desarrollo y principio al Derecho Internacional Humanitario. Publicación del CICR. Referencia 2059. 31-12-1986.

Por otra parte, para el rescate del personal a bordo de la Luftwaffe, que era derribado sobre el Canal, Alemania hizo uso de pequeñas embarcaciones a motor, que incorporaban el signo protector de la Cruz Roja. No obstante, el Reino Unido, que utilizaba este mismo tipo de embarcación pero sin dicha marca, no reconoció el derecho de protección a las embarcaciones sanitarias alemanas, en base a que interferían con los movimientos militares y navales.

Se deben destacar los ataques que se cometieron a buques de guerra o submarinos, cuando estaban realizando labores de rescate a los supervivientes de buques enemigos puestos fuera de combate, o a veces el abandono de las actividades de socorro citadas al anteponerse la reanudación de la actividad bélica en el seguimiento de buques enemigos. Como ejemplo, en 1941, los buques británicos H.M.S. Dorsetshire y Maori dejaron las acciones de rescate de los supervivientes del crucero alemán Bismark siguiendo la ubicación de la huella aparente de un submarino U-Boat.

En septiembre de 1942, el U-156 fue atacado, aunque sin éxito, por aeronaves de los aliados mientras se ocupaban de ubicar y salvaguardar a los supervivientes del buque de transporte de tropas Laconia, cuestión que sirvió de fundamento al almirante Doenitz para que diera la orden de prohibir el rescate<sup>783</sup>. Esta orden fue uno de los fundamentos que tuvo posteriormente en consideración el tribunal de Núremberg para condenar al citado almirante.

Por su parte los Estados Unidos construyeron para el conflicto seis buques-hospitales: *Comfort*, *Consolation*,

---

<sup>783</sup> Orden Laconia, que fue enviada a los comandantes de U-Boat. Era una orden ilegal, justificada en la imposibilidad de llevar a cabo el rescate porque involucraba un alto riesgo que las exigencias de la guerra no se puede permitir. Renato Nuño Luco. RICR, artículo "La Guerra Aérea en relación con el D.I.H., 14-04-1998.



*Haven, Mercy, Repose y Sanctuary*, los cuales formaron la denominada clase *Sanctuary*. Cada embarcación desplazaba 15.226 toneladas, tenían una eslora de 158,60 metros y velocidad máxima de 18 nudos. Tenían una capacidad hospitalaria de 750 camas. El *USS Comfort* fue víctima de un ataque suicida japonés el 28 de abril de 1945 a 80 kilómetros de Okinawa. Las bajas se elevaron a 29 muertos, 33 heridos y un desaparecido.<sup>784</sup>

Destacan igualmente durante la Segunda Guerra Mundial, barcos hospitales como el canadiense *Lady Holson*, el italiano *Aquileia*, el suizo *Socrate*, los alemanes *Rka* y *Adisca*, los ingleses *Maine* y *Atlantis*, el holandés *Orange*, el francés *Chantilly* y el japonés *Hikawa Maru*.

Por otra parte, los transbordadores prestaron un buen servicio al transporte sanitario, realizando el transporte desde la playa hasta los buques-hospitales situados en alta mar.

Al final de la guerra casi todos los buques-hospitales fueron desactivados por motivos económicos, si bien algunos entraron de nuevo en servicio con ocasión de los conflictos de Corea y de Vietnam.

#### 2.1.2.2) El transporte sanitario aéreo:

En cuanto al transporte sanitario aéreo, éste tuvo una importante repercusión al producirse un gran aumento de sus aparatos en la Segunda Guerra Mundial, sirviendo de una extraordinaria utilidad, dado el enorme contingente de enfermos y heridos que hubo en la misma. Durante este conflicto armado los transportes aéreos militares

---

<sup>784</sup> Francisco Obrador Serra, "Apoyo medico a las actividades de las fuerzas navales", Revista General de Marina, tomo 225, octubre, noviembre y diciembre de 1993

permitieron evacuar 1,4 millones de pacientes con tan solo 46 muertos durante los vuelos<sup>785</sup>.

Entre el desembarco de Normandía y la capitulación alemana, la evacuación aérea de heridos desde Gran Bretaña a los Estados Unidos fue de 385.576 pacientes y solo en el mes de abril de 1945 fueron trasladados 82.000, lo cual demuestra la efectividad de tal medio de transporte en el salvamento de víctimas<sup>786</sup>.

#### 2.1.2.2.1) El Avión sanitario convencional:

Los modelos de aeronaves sanitarias más utilizados fueron el Avro-Anson 625 A Mk II, bimotor de ala baja, que sería utilizado en Australia, Bélgica, Finlandia, Francia y Holanda; el Bloch, monoplaneo bimotor, que servirá de repatriación de enfermos y heridos de campos de concentración; y el Dakota DC-3, bimotor de ala baja, con una autonomía de 2.170 kilómetros, que posibilitaba el traslado de 14 heridos, cuyo modelo fue largamente empleado en este conflicto<sup>787</sup>.

#### 2.1.2.2.2) El Hidroavión sanitario:

Otro aparato aéreo utilizado igualmente como medio de evacuación de enfermos y heridos fue el hidroavión. El Heinkel He-59 C-2, con autonomía de 875 kilómetros, y con acceso a la parte sanitaria desde los flotadores mediante escalas, fue puesto en servicio, durante la Segunda Guerra Mundial por los alemanes. Salvó 12.000 náufragos.

---

<sup>785</sup> Juan Luis Vidal Ramos, "Fundamentos terapéuticos actuales para los heridos de extremidades durante la guerra", [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28\\_1\\_99/mil06199.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28_1_99/mil06199.htm)

<sup>786</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

<sup>787</sup> Jean Mercier. Obra ya citada.

Se puede señalar que se hicieron esfuerzos por ambas partes para utilizar hidroaviones en el rescate de pilotos y tripulaciones aéreas derribadas sobre el Canal de la Mancha, teniendo estas aeronaves en el mar, en alguna medida, las ventajas de los helicópteros en dicho trabajo. La Real Fuerza Aérea Británica (RAF) utilizó aviones anfibios Walrus y otros tipos de hidroaviones para este propósito de rescate tanto aéreo como acuático, aunque éstas eran simplemente aeronaves militares que intervenían en misiones humanitarias "ad hoc" sin reclamar un status de protección. La Luftwaffe por su parte, equipó un cierto número de hidroaviones Heinkel, que llevarían los emblemas protectores de la Cruz Roja, para la actividad de ambulancia aérea y con el objeto de rescatar al personal desde el mar. No obstante, estos aparatos no fueron reconocidos por el Reino Unido a los efectos del beneficio de la protección establecida en el artículo 18 del Convenio de Ginebra de 27 de julio de 1929, el cual señalaba que las aeronaves sanitarias se hallarían protegidas, siempre que se empleasen exclusivamente para la evacuación de heridos y enfermos o para transportar al personal o material sanitario. Dos de estas aeronaves sanitarias que huyeron cerca de la costa inglesa fueron derribadas en julio de 1940. Se justificaba la causa de dicho abatimiento en que se habían empleado en misiones de reconocimiento militar, basándose supuestamente en el diario de vuelo de una de ellas<sup>788</sup>.

Gran Bretaña expresó su voluntad de respeto a las aeronaves sanitarias designadas, aunque sentenciaba que ello no se extendería a las ambulancias aéreas que sobrevolaran las

---

<sup>788</sup> Renato Nuño Luco. Artículo ya citado.

zonas de combate o las unidades militares de los aliados, basándose en lo establecido en el Convenio de Ginebra de 1929, aplicable en ese momento. En su artículo 18 se estipulaba que se "prohibía el sobrevuelo de líneas de fuego, la zona anterior a los grandes puestos de socorro en la vanguardia y, en general, en territorio enemigo o por el enemigo efectivamente ocupado, salvo licencia especial y expresa"<sup>789</sup>.

#### 2.1.2.2.3) El Helicóptero sanitario:

Por último un aparato aéreo que fue usado para el traslado de heridos y muy utilizado para el salvamento, teniendo como primer antecedente precisamente la Segunda Guerra Mundial, fue el helicóptero. En junio de 1945 se evacua a 70 soldados heridos desde Luzón a hospitales de la retaguardia, siendo la primera vez que los helicópteros de la fuerza estadounidense actuaba bajo el fuego enemigo.

Durante este conflicto internacional, en el Pacífico, los americanos pusieron en funcionamiento cincuenta unidades de Sikorsky type R4. Participaron en 10.000 misiones, la mayoría de ellas de naturaleza sanitaria.<sup>790</sup>

## **2.2) La XVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1948.-**

Al final de la Segunda Guerra Mundial, surgió la necesidad de revisar todavía una vez más y de completar las

---

<sup>789</sup> Fernando María de Lasala Samper. La Protección a los enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas en Campaña. Universidad de Zaragoza.1964

<sup>790</sup> Jean Mercier. Obra ya citada.

Convenciones de Ginebra a la vista de las experiencias y connotaciones que tuvo dicho conflicto.

**2.2.1) Introducción: La necesidad de regular normas que demandaba la realidad del momento.-**

El Comité internacional de la Cruz-Roja, que ya había trabajado siempre durante el transcurso de los años en la mejora de las Convenciones de Ginebra y de su desarrollo, volvió en 1945 de nuevo a la tarea de su estudio para adaptarlas a las realidades de ese momento, de la misma forma y métodos anteriores. Por ello, después de aprobarse sus propuestas por los diferentes Gobiernos y Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, se puso a realizar aquellas revisiones de la normativa vigente para adecuarse a las necesidades que demandaban los últimos acontecimientos.

Era necesario llevar a cabo la revisión del Convenio de la Haya de 1907, para adaptar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra, así como el Convenio de 1929, en referencia a la protección de los heridos y enfermos de los ejércitos de campaña, al trato debido a los prisioneros de guerra, y el transporte sanitario aéreo. También se debía preparar un Convenio para la protección de las personas civiles, a la vista del alto porcentaje de víctimas que trajo consigo la última gran Guerra.

La duda estaba en si hacía falta elaborar códigos muy completos, que regulasen con gran detalle todos los casos posibles, o era mejor formular principios generales y flexibles que pudiesen adaptarse a las circunstancias de cada país. Se constató que la primera concepción era la que

importaba en los medios gubernamentales, como ya había prevalecido en 1929 en el Código de prisioneros de guerra. Sin embargo, el Comité internacional se esforzó en aportar un carácter especial, por una parte haciendo inscribir a la cabeza de las Convenciones principios generales e imprescriptibles y, por otra parte, abriendo la puerta para que se pudiesen concluir acuerdos especiales cuya trama estaba formada por acuerdos tipo y por reglamentos que fuesen anejos a la Convención.

Para llevar esta obra a buen término, el Comité internacional de la Cruz-Roja recurrió a su modelo habitual: reunir una documentación completa, resaltar que puntos de derecho debían ser codificados, completados, confirmados o modificados, después establecer proyectos de Convenciones, con el concurso de expertos.

#### **2.2.2) Reunión de Expertos (1945) .-**

En octubre de 1945 tuvo lugar la primera reunión de expertos, en la que intervinieron los miembros neutrales de las Comisiones médicas mixtas, que se encargaron en la Segunda Guerra Mundial de visitar a los prisioneros de guerra que habían sido heridos o enfermos, para decidir sobre su repatriación.

La siguiente reunión se celebró a instancia del CICR, teniendo lugar en Ginebra durante los meses de julio y agosto de 1946, la cual correspondió a la Conferencia preliminar de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja para el estudio de los Convenios y de diversas cuestiones relacionadas con la Cruz Roja. A dicha Conferencia se presentaron las propuestas del citado CICR.

Tras la introducción de diversas sugerencias de las SNCR, y después de un intenso trabajo de estudio y consultas a quienes habían prestado también ayuda a las víctimas de la guerra, el CICR preparó una documentación relativa a las disposiciones convencionales que se deberían establecer.

### **2.2.3) Conferencia de Expertos Gubernamentales de 1947.-**

Del 14 al 26 de abril de 1947, tuvo lugar la Conferencia de expertos gubernamentales para el estudio de los Convenios que protegen a las víctimas de la guerra. En la misma participaron setenta enviados de quince gobiernos, con gran conocimiento de causa sobre el conflicto bélico pasado, ya que habían tenido en su poder numerosos prisioneros de guerra e internados civiles.

Esta Conferencia elaboró un documento basado en las propuestas presentadas por el CICR, las SNCR y varios gobiernos, textos de Convenios revisados y un primer proyecto de Convenio sobre la protección de las víctimas civiles en los conflictos armados.

En septiembre de 1947 en Ginebra se reunió una Comisión especial de las SNCR, a la que se le presentó por mediación de CICR, la redacción de los proyectos convencionales, que incluían también las opiniones de los Gobiernos que no participaron en la anterior Conferencia de abril.

A principios de 1948 se daban por finalizados la elaboración de los proyectos de Convenios. El CICR los hizo llegar en mayo del mismo año a todos los gobiernos y a

Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, para su estudio previo a la próxima CFICR.

#### **2.2.4) La aprobación del proyecto Convencional.-**

Del 20 al 31 de agosto de 1948 se celebró en Estocolmo la XVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja. El CICR presentó a la misma los borradores de los proyectos convencionales. La Conferencia los aprobó tras haberse realizado varias modificaciones. Los citados textos, son los que sirvieron de base de trabajo para la Conferencia diplomática de 1949.

#### **2.3) La Conferencia Diplomática de 1949.-**

Esta Conferencia Diplomática fue convocada y organizada por el Consejo federal suizo, para llevar a efecto la aprobación de las Convenciones de Ginebra, reuniéndose en esta ciudad del 21 de abril al 12 de agosto de 1949, bajo la presidencia de Max Petitpierre, Consejero federal, jefe del Departamento político.

Participaron cincuenta y nueve Estados que estaban oficialmente representados por delegaciones que tenían plenos poderes y por cuatro que sólo eran observadores. Por otra parte también asistieron como invitados miembros expertos del CICR, que participaron activamente en los trabajos.



Durante los cuatros meses que duró la Conferencia, tuvieron lugar hondas discusiones, donde se constituyeron cuatro Comisiones que celebraron sesión de manera simultánea para estudiar: la primera, la revisión de la primera Convención de Ginebra y la que la adapta a la guerra marítima; la segunda, la revisión de la Convención sobre los prisioneros de guerra; la tercera, la conclusión de una Convención para la protección de los civiles, y la cuarta, las disposiciones comunes a las cuatro Convenciones. Además, una Comisión de coordinación y una Comisión de redacción tenían el cometido de dar alguna unidad a los diferentes textos.

La primera Comisión donde se iban a incluir importantes estipulaciones sobre el transporte sanitario marítimo y aéreo, fue presidida por Sir Dhiren Mitra (India) y por el Ministro Ali Rana Tarhan, presidente de la Media luna Roja turca. Esta Comisión, que recibió la ayuda de un gran experto del Comité internacional de la Cruz-Roja, Jean S. Pictet, director de Asuntos Generales, englobaba a un número importante de expertos navales<sup>791</sup>.

La Conferencia elaboró cuatro Convenios, uno primero, para aliviar la suerte que corren los heridos y enfermos de las fuerzas armadas en campaña; un segundo, correspondiente a aliviar la suerte que corren los heridos, enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar; un tercero, relativo a los prisioneros de guerra; y un cuarto, relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra.

---

<sup>791</sup> J. Pictet. Comentario sobre las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949. Año 1959.

Se debe destacar de esta Conferencia el espíritu humanitario y los deseos de colaboración y de conciliación, prevaleciendo la voluntad de mejorar la suerte de las víctimas, para evitar en el futuro peores males que los propiciados por la Segunda Guerra Mundial.

El 12 de agosto de 1949 diecisiete delegaciones firmaron las cuatro Convenciones. Los otros lo fueron durante una sesión prevista a estos efectos para el 8 de diciembre del mismo año, o posteriormente hasta el 12 de febrero de 1950, llevando hasta sesenta y uno el número total de los Estados signatarios. Si se formularon algunas reservas en el momento de la firma, no alcanzaron sino a tal o cual disposición en particular y no pusieron en entredicho ni la autoridad ni la economía general de los pactos.

Para entrar en vigor en cada país, las Convenciones debían todavía ser ratificadas. Transcurrieron seis meses hasta que dos Estados -Suiza y Yugoslavia- procedieron en primer lugar a cumplir con esta formalidad, las Convenciones de Ginebra entraron en vigor el 21 de octubre de 1950 entre estos dos países. Encontraron su aplicación en los otros países, en los seis meses tras la ratificación por cada uno de los Estados. A partir del 21 de octubre de 1950, las nuevas Convenciones de Ginebra entraron a formar parte del Derecho internacional positivo; de este modo quedaron abiertas a la adhesión de aquellos países que no participaron en su elaboración.

Al convertirse en la II Convención de Ginebra de 1949, la Convención marítima sufrió un desarrollo considerable. Se incluyeron sesenta y tres artículos, quedándose cerca -sólo

por la diferencia de un artículo- de la Convención I, la tradicional "Convención de Ginebra". Por primera vez, la Convención marítima reflejaba la casi totalidad de las disposiciones de la Convención terrestre, de la que sigue el orden de materias con un paralelismo riguroso.

Aunque se perciben algunas lagunas, sin embargo, en numerosos puntos, aporta desarrollos o da respuestas a varios supuestos, lo cual era algo muy positivo. Algunos juzgarán que la Convención marítima ha quedado en algo más humanitario que lo que fue la Convención n° I., ya que el principio de exención de captura del personal sanitario ha sobrevivido de una manera más extendida, tomando en consideración las condiciones particulares que prevalecen en el mar.

Los transportes sanitarios marítimos y aéreos protegidos por los Convenios de Ginebra de 1949, están regulados de la forma siguiente:

En el I Convenio, el artículo 20 se refiere a la protección de los Barcos hospitales desde un ataque desde tierra. Los artículos 36 y 37 tratan sobre las aeronaves sanitarias.

El II Convenio, norma vigente que se ocupa de la protección de los heridos, enfermos y náufragos en el mar, desde su condición de combatientes puestos fuera de combate, regula la citada protección con un total de 63 artículos, referidos a los Barcos hospitales (artículos 22-26); embarcaciones costeras (artículo 27); Las situaciones de barco hospital en puerto ocupado, su actividad durante el combate asumiendo el riesgo, control y visita, permanencia en puerto neutral, barcos mercantes transformados, cese de protección y actos que no privan de la misma (artículos 28-

35); La protección del personal de los Barcos Hospitales, tanto sanitario, religioso, y tripulación (artículos 36-37); Los Transportes sanitarios, para traslado especialmente de material sanitario ( artículo 38); La protección de aeronaves sanitarias, y vuelos sobre países neutrales (artículos 39 y 40, siendo estos idénticos a los artículos 36 y 37 del Convenio I); Y el artículo 43 indica el señalamiento en los barcos hospitales.

El III Convenio, dispone de un articulado sobre transportes especiales, el 75 en relación con el artículo 72.

El IV Convenio, contempla la protección del transporte marítimo y aéreo para el traslado de heridos, enfermos civiles, inválidos, y parturientas, permitiéndose el señalamiento del artículo 38 CI (artículos 21 y 22), así también el libre paso para los envíos de medicamentos y material sanitario (artículo 23). Se establece en el artículo 59, el libre paso de envíos de viveres, material sanitario y ropa.

## **2.4) La Guerra de Corea y el Transporte Sanitario Marítimo y Aéreo (1950-1953).-**

### **2.4.1) Introducción.-**

La Guerra de Corea fue una guerra que pudo producir una conflagración mundial. El 25 de junio de 1950, con el justificante de haber sido agredido por los surcoreanos, Corea del Norte apoyada por China y la URSS, invade Corea

del Sur, con unos 90.000 soldados norcoreanos apoyados por centenar y medio de tanques soviéticos<sup>792</sup>.

En julio de 1953, con la firma del Armisticio en Panmunjong, se acordó la determinación de la frontera siguiendo una línea que venía a ser, de forma aproximada, el paralelo 38<sup>793</sup>.

Aproximadamente, 1.400.000 norteamericanos sirvieron en aquel conflicto y de ellos 33.600 murieron en combate, pero hubo otros veinte mil que perdieron la vida por enfermedades o accidentes.

El Ejército surcoreano tuvo algo más de 400.000 muertos. Los norteamericanos calcularon también que podían haber muerto, entre norcoreanos y chinos, un millón y medio de personas más.

#### **2.4.2) La actividad del transporte sanitario marítimo y aéreo:**

Durante este conflicto los transportes sanitarios marítimos y aéreos tuvieron su protagonismo.

**2.4.2.1) En el ámbito marítimo** se debe destacar la contribución para la protección de las víctimas en el citado contencioso bélico, de un nuevo barco hospital, el M/S Jutlandia de la Cruz Roja Danesa.

---

<sup>792</sup> [www.artehistoria.com/historia/contextos/3188.htm](http://www.artehistoria.com/historia/contextos/3188.htm). La Guerra de Corea, perteneciente a la colección "Historia y sus Protagonistas" de ediciones Dolmen, S.L. Año 2001.

<sup>793</sup> [www.historiasiglo20.org/GLOS/guerracorea.htm](http://www.historiasiglo20.org/GLOS/guerracorea.htm) . La Guerra de Corea 1950-1953. Historia de las relaciones Internacionales durante el Siglo XX. (localización de 8-12-2005)

Tras las diversas gestiones entre el Gobierno de Dinamarca y la Cruz Roja de este país, y en respuesta a una petición de la Organización de las Naciones Unidas, se decidió poner a disposición del cuerpo expedicionario de las Naciones Unidas en Corea un barco hospital. El 23 de enero de 1951 zarpaba para dicho destino desde Copenhague el citado barco hospital<sup>794</sup>.

Para que fuese realidad el proyecto del barco hospital, tuvo el apoyo en el Gobierno danés, que fletó un navío de la "East Asiatic Company" y confió su transformación a la Cruz Roja danesa.

El M/S Jutlandia comprendía 6 salas para enfermos, cuya capacidad para 200 camas podía ser ampliada a 300 en caso de necesidad; 3 ascensores para transportar con soltura a los enfermos; los puentes centrales contaban con salas de operación y de esterilización, salas de radiología, farmacia, despachos, comedores, aseos, etc.

En base al lugar de destino previsto, se habituaron la instalación de comedores, lavaderos y contenedores de agua dulce.

La tripulación la componían 97 marineros.

El personal médico, lo componían 91 personas de las que 16 eran médicos, 41 enfermeras, 20 asistentes sanitarios (estudiantes en medicina y socorristas de Cruz Roja), así como secretarias y asistentes de laboratorio.

---

<sup>794</sup> Un nuevo Barco Hospital de la Cruz Roja Danesa. RICR, año 1951, Tomo I, PG 247-248.

El hospital estaba compuesto por varias secciones, la más importante la sección médico-quirúrgica, una sección para casos infecciosos, una sección de psiquiatría y equipos de internos neurólogos, radiólogos, etc. Completaba el personal con un odontólogo, un farmacéutico y un capellán.

En cuanto a las características técnicas del barco, cabe señalar que estaba compuesto por 4 mástiles, pesaba 8.457 toneladas y medía 140,5 metros de eslora, toda su estructura estaba pintada de blanco con cruces rojas, iluminables de noche, sobre el puente superior y sobre los costados, que a su vez tenían una marca en forma de banda horizontal roja de un metro y medio de anchura. Las citadas características fueron notificadas por las Naciones Unidas, cumpliendo lo preceptuado en el artículo 26 de la II Convención de Ginebra para la Mejora de la Suerte de los Heridos, Enfermos y Náufragos de las Fuerzas Armadas en el mar, de 12 de agosto de 1949, al Gobierno de la República Democrática Popular de Corea.

En cuanto a otras actuaciones de barcos hospitales, cabe señalar que durante las principales operaciones navales en la que tomaron parte las fuerzas navales norteamericanas, también llevaron a cabo una intensa actividad estos buques. El 18 de julio de 1950 en el desembarco en Pohang tomó parte el Barco hospital Maine del Reino Unido; y el 15 de septiembre durante la invasión a Inchon, en Wonsan del 25 de junio al 15 de noviembre de 1950, y en Hungham estuvo presente el barco hospital (AH) Consolation.

Los 86 buques de guerra de la armada de Estados Unidos que estuvieron en las operaciones, tuvieron un total de 476 bajas, causadas por las baterías de costa y las minas.

El apoyo médico a las fuerzas navales fue muy efectivo así como la evacuación de bajas a los barcos hospitales, las cuales no plantearon problemas importantes<sup>795</sup>.

**2.4.2.2) En el ámbito del transporte aéreo,** hay que llamar la atención en primer lugar a los aviones sanitarios. Estos realizaron las principales evacuaciones de heridos, sirviendo un modelo tipo como el Douglas DC-4, versión C-54 Skymaster, con autonomía de 4.020 kilómetros, transportando hasta 30 heridos horizontalmente más el personal sanitario. En segundo lugar, debe hacerse mención especial a un nuevo aparato que ya había sido utilizado en la II Guerra Mundial, y que tuvo una gran participación activa en la Guerra de Corea "el helicóptero", el cual supuso una revolución en el concepto de evacuación y de evacuación asistida, pues destacaría por poder acceder a zonas orográficamente difíciles, así como por su rapidez, versatilidad y capacidad de maniobra.

En el conflicto de Corea hubo dos modelos de helicópteros, el Bell 47 y el Sikorsky S-51, llamados H-5 Y H-13 respectivamente por los militares, que fueron los primeros utilizados en tareas de rescate. El Sikorsky S-51 empezó a realizar la actividad del transporte sanitario de forma precoz, pudiendo transportar a dos tripulantes y un herido. El habitáculo era tan estrecho que las piernas del herido sobresalían desde las rodillas por uno de los lados del helicóptero.

Respecto del otro aparato, el Bell 47/H-13, tenía dos asientos englobados dentro de una burbuja de plástico. El

---

<sup>795</sup> Francisco Obrador Serra. Capitán de Navío. Apoyo médico a las actividades de las fuerzas navales (1). Revista General de la Marina. Octubre de 1993. pgs. 298-299.



ejército colocó dos camillas a ambos lados de la cabina, fuera de la misma, por encima de los patines de aterrizaje, cubiertas por pequeñas burbujas de plástico que protegían la cabeza del herido. Aunque era incómodo su transporte para el herido, se compensaba por la rapidez en su traslado.

El Bell 47/H-13 tenía como misión transportar heridos desde el frente hasta los hospitales de campaña (Mobile Army Surgical Hospitals- M.A.S.H.), normalmente alejados del campo de batalla.

Estos aparatos estaban encuadrados en el grupo especial denominado "Tirad Air Rescue Suquadron", cuya misión era la evacuación de heridos que estaban en zonas de difícil inaccesibilidad para el transporte sanitario terrestre<sup>796</sup>. Diversos estudios fijan en unas 7.000, el número de vidas rescatadas por helicópteros en dicha campaña.<sup>797</sup>

Por último cabe señalar que dadas las características del terreno en Corea, donde existía un frente de batalla irregular, los helicópteros no tenían que volar largas distancias para transportar a los heridos.

## **2.5) La VII Conferencia Internacional de Salvamento Marítimo de Estoril de 1955.-**

Después de la Segunda Guerra Mundial, la Conferencia Internacional de Salvamento Marítimo (I.L.C), se reunió de

---

<sup>796</sup> Jean Mercier, "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui" Université de Perpignan, 1993

<sup>797</sup> A. García Alonso, "Algo sobre salvamentos con helicópteros", Madrid, 1959

nuevo en Noruega (Oslo) en 1947, en Bélgica (Ostende) en 1951 y en Portugal (Estoril) el 16 de junio de 1955, la cual constituyó la VII Conferencia Internacional, donde se dictó una importante Resolución con respecto a las embarcaciones de salvamento en los conflictos armados, pues se acordaba que en tiempo de guerra se mantendría las Organizaciones de Salvamento Marítimo<sup>798</sup>. Dicha cuestión debe ser merecedora de una atención especial, pues se iban a recoger actuaciones sobre los resultados que ya se habían obtenido gracias a las iniciativas de la Conferencia en sus convocatorias anteriores de Oslo y Ostende, en la que la RLNI se hizo cargo de distribuir información a todos los países con organizaciones de salvamento<sup>799</sup>, y a la generosidad de ciertos gobiernos. Y también se proponían recomendaciones tendiendo a completar las medidas de protección necesarias para que el funcionamiento de las Organizaciones de Salvamento Marítimo en tiempo de guerra sea plenamente eficaz.

De la citada Resolución que fue aprobada por unanimidad, cabe destacar entre otras cuestiones, las siguientes:

A) La invitación del Gobierno Suizo a los Estados firmantes de la II Convención de Ginebra del 12 de agosto de 1949, para la mejora de la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas sobre el mar, para examinar la iniciativa de concluir un acuerdo, confiando al Comité Internacional de la Cruz Roja el cuidado de recibir y notificar los nombres y las características de las

---

<sup>798</sup> Gilbert Gined. Revista Internacional de la Cruz Roja. La Protección de las embarcaciones de Salvamento. Año 1955. Tomo II.

<sup>799</sup> Desde 1951 la RLNI ha desempeñado la función de Secretariado de la ILC. Archivo Biblioteca de Cruz Roja Española. XV Internacional Lifeboat Conference. La Coruña 1-6 de junio de 1987.

embarcaciones utilizadas para operaciones costeras de salvamento de la vida humana en el mar, conforme al artículo 27 de la citada Convención.

B) El interés del Departamento Federal suizo por el estudio de las cuestiones de salvamento relativas a la interpretación de las Convenciones de Ginebra, remitidas por las organizaciones de salvamento.

C) La recomendación a las Organizaciones de Salvamento privadas a tomar contacto con sus Gobiernos respectivos a fin de cumplir las condiciones prescritas por el artículo 24 de la II Convención de Ginebra de 1949, para conseguir la protección de dicha Convención.

D) La recomendación a las Organizaciones de Salvamento para adaptarse a las condiciones del artículo 22 de la citada Convención, relativa a la notificación.

E) Para garantizar en tiempo de guerra la protección del personal de las embarcaciones de salvamento costero, así como de las instalaciones fijas, se recomendaba que por las autoridades nacionales, se les atribuyese de un carné de identidad especial y un brazalete distintivo.

F) Por último, cabe señalar la también recomendación a las Organizaciones de Salvamento para que se tomase contacto con las autoridades competentes de sus países respectivos, a fin de que fuesen consultadas y se llevasen a efecto estudios cuando tuviesen lugar el establecimiento de comunicaciones al establecimiento entre los navíos hospitales, navíos de guerra y aeronaves.

Se debe señalar que el artículo 27 de la Convención

marítima introducía en el derecho internacional positivo la actividad en tiempo de guerra, de las instituciones de salvamento costero, en las mismas condiciones que las que establecieron en el artículo 22 y 24<sup>800</sup>, pues las embarcaciones utilizadas por el Estado o por las Sociedades de Salvamento oficialmente reconocidas, para las operaciones de salvamento costero, serían igualmente respetadas y protegidas en la medida en que las necesidades de las operaciones lo permitan. Esta cuestión presentaba una gran problemática para el cumplimiento de la actividad de las citadas embarcaciones de salvamento durante un conflicto armado, pues las disposiciones de los artículos 22 y 24 conciernen a los barcos hospitales, los cuales son diferentes en cuanto a su concepción y objeto de actividad de aquellas. Por ello una de las incógnitas que se planteaba sobre el citado texto convencional era como se podía asegurar en la práctica, en lo que concierne a las embarcaciones de salvamento, la notificación requerida. Para ello se propuso una idea que se venía gestando desde cuatro años antes a la VII CFISM-ILC, la constitución de un registro general central en Suiza, atendido por el CICR o por el gobierno suizo, que permitiera tramitar las notificaciones requeridas por las embarcaciones de las Organizaciones de Salvamento costero. Dicha propuesta tuvo una gran aceptación, ya que fue aprobado por 24 Estados entre los que se encontraba España.

Otra cuestión que es de interés resaltar, fue la nota

---

<sup>800</sup> Los artículos 22 y 24 del II Convenio de Ginebra de 1949 condicionan el respeto y protección de los barcos hospitales tanto militares, como de Sociedades Nacionales de Cruz Roja, u otras Sociedades oficialmente reconocidas, o las utilizadas por particulares, a que sus nombres y características (tonelaje bruto registrado, longitud, número de mástiles y de chimeneas) hayan sido notificadas a las Partes en conflicto diez días antes de su utilización con tal finalidad. Por otra parte deberán ser portadores de un documento de la autoridad competente en el que se certifique que hayan sido sometidos a control durante su aparejo y al zarpar.

remitida el 19 de febrero de 1952 por el Departamento Federal Suizo, en contestación a varias de las cuestiones planteadas por el gobierno belga en Diciembre de 1951<sup>801</sup>, en el que señalaban los esfuerzos en pro de las Organizaciones de Salvamento en su interpretación de las Convenciones de Ginebra. Pues bien, las observaciones expuestas por dicho Departamento fueron las siguientes:

A) En cuanto a la señalización de las instalaciones costeras fijas, era admitida que "estas instalaciones pueden, en tiempo de guerra, ostentar el signo de la Cruz Roja".

B) Respecto a las instalaciones costeras fijas, era reconocido que "la obligación estipulada en el artículo 27 (de la Convención marítima de Ginebra) de respetar y proteger las instalaciones costeras fijas incumbe a todas las fuerzas militares de los beligerantes, ya sean terrestres, navales o aéreas".

A la vista de lo expuesto es por lo que se aprobó en la Resolución de la VII CFISM-ILC de Estoril la recomendación a las Organizaciones de salvamento tomar contacto con sus Gobiernos respectivos a fin de obtener de éstos una interpretación de las Convenciones idéntica a la del Departamento Federal suizo".

Había un punto sobre el cual no existía, acuerdo completo entre la opinión expresada oficialmente por el Gobierno

---

<sup>801</sup> Dichas cuestiones se plantearon tras la VI CFISM-ILC, reunida en Ostende en 1951, en la se había solicitado realizar nuevas gestiones junto al gobierno suizo, como guardián de las Convenciones de Ginebra, en referencia a los temas siguiente: Señalización de las instalaciones costeras fijas; protección de las instalaciones costeras fijas; protección del personal de las embarcaciones de salvamento costero; y funcionamiento de los servicios de salvamento en caso de ocupación.

suizo en su Memoria de 19 de febrero de 1952 y los deseos de las Organizaciones de salvamento, este correspondía al de la protección del personal de las embarcaciones de salvamento costero. En la citada Memoria se reseñaba que la protección estipulada en favor de las embarcaciones de salvamento costero y de sus instalaciones fijas determina la extensión de la protección acordada a su personal. Aparte de las embarcaciones y de las instalaciones, este personal no disfrutaba de una protección particular, pues no forma parte del personal apuntado en los artículos 36 y 37, y no se benefician de las disposiciones del artículo 42 relativas a los brazaletes y a las piezas de identidad.

Era lógico dar una solución a esta laguna, pues era necesario exigir una protección adecuada permanente del personal, incluso cuando se encontrara fuera de las embarcaciones y de las instalaciones fijas. Por ello la VII Conferencia de Estoril emitió en el apartado nº 6 de su Resolución, la opinión de que, para asegurar una protección completa y efectiva del personal de las embarcaciones de salvamento costero en tiempo de guerra, hacía falta que las autoridades nacionales atribuyeran a los miembros de este personal una carta de identidad especial, y durante su servicio en las embarcaciones, un brazalete distintivo, aunque dicho personal no estuviese literalmente incluido en los artículos 36 y 37 de la Convención II de Ginebra, y aunque no fuese beneficiario de las disposiciones del artículo 42 relativo a los brazaletes y a las piezas de identidad.

Por último se debe significar que la VII Conferencia de Estoril aprobaba, de acuerdo con una de las Resoluciones de Ginebra, la recomendación a las Organizaciones de Salvamento sobre la elaboración por un Comité técnico de un

reglamento sobre las comunicaciones entre naves hospitales, naves de guerra y aeronaves, en base una mayor eficacia de su actividad humanitaria.

**2.6) El Helicóptero como punto de mira para su protección en el II Congreso Internacional de Vuelo Vertical de San Remo (1954), L Conferencia de la Asociación Jurídica Internacional, la Comisión de Derecho Internacional Médico de I.L.A. en Lieja (1962) y la Sociedad Francesa de Derecho Internacional Médico (1962).-**

Dada la repercusión que obtuvo el uso del helicóptero con respecto a la misión médica en los conflictos armados, y la vulnerabilidad para ser atacado desde tierra y aire, es por lo que se promovió por las distintas sociedades y asociaciones internacionales, que este medio tan eficaz en el traslado de heridos en el combate, dado su posibilidad de situarse en lugares de difícil acceso, comparado con otros medios, así como por su rapidez, tuviera una mayor protección durante su actividad como ambulancia sanitaria aérea. Por ello, un nutrido grupo de especialistas, durante el II Congreso Internacional de Vuelo de Vertical, celebrado en San Remo en 1954, aprobaron una Resolución por la que se invitaba al CICR a estudiar dicha situación<sup>802</sup>. Las otras asociaciones, en sus respectivos congresos, atraieron la atención sobre el referido problema, donde

---

<sup>802</sup> Archivo del CICR de Ginebra. Informe del CICR de 2-12-1985, de la Reunión de Expertos técnicos navales gubernamentales de Ginebra de 13 al 17 de enero de 1986 (informaciones relativas a la organización práctica de la reunión- señalamiento e identificación de los barcos hospitales y de los barcos protegidos por el II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949-reseña histórica).

tanto juristas como médicos daban avisos de alarma, por el grave problema que se estaba ocasionando a estos aparatos mientras realizaban su actividad sanitaria en tiempo de guerra<sup>803</sup>.

## **2.7) Las Organizaciones, Conferencias, Convenios y Normas Internacionales de Aviación Civil (OACI), Organización Marítima (OMI) y Telecomunicaciones (UIT), y los Transportes Sanitarios Marítimos y Aéreos en los Conflictos Armados: Su nexó común desde 1944 a 1965.-**

Una cuestión que tiene el mismo común denominador para las Organizaciones Internacionales OACI, OMI y UIT con los transportes sanitarios marítimos y aéreos en conflictos armados, es la identificación. Si se puede identificar al buque hospital, embarcación de salvamento o aeronave sanitaria que esté protegido por los Convenios de Ginebra de 1949, mayor seguridad de protección tendrán las víctimas durante su traslado o atención en los citados medios de transportes.

Por ello, las citadas Organizaciones cuyo objeto principal es el de la navegación comercial internacional, promoviendo acuerdos y nuevas técnicas que mejoren el tráfico internacional, contribuirán a salvaguardar en tiempo de guerra lo preceptuado en los Convenios de Ginebra de 1949, especialmente sobre los transportes sanitarios.

---

<sup>803</sup> E. Evard. La protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra. RICR. 1966.



### **2.7.1) La Organización de la Aviación Civil Internacional (OACI):**

Esta Organización se constituye en 1944, por acuerdo de la Conferencia de Aviación Civil Internacional, que aprueba el **Convenio de Chicago de 7 de diciembre de 1944**<sup>804</sup>.

En los anexos 10, 11 y 12 a dicho Convenio, se prescriben procedimientos de comunicaciones y medios de identificación por radio, radar y señales luminosas o signos visuales, en especial para los casos de peligro y para las operaciones de búsqueda y salvamento. En el artículo 89 del Convenio de Chicago se estipula que, en caso de guerra o de crisis nacional proclamada por un Estado Contratante, las disposiciones de este Convenio no atentan contra la libertad de acción de ninguno de los Estados contratantes concernidos, sean beligerantes o neutrales.

Esta Organización tendrá una gran trascendencia para el futuro de la seguridad de los transportes sanitarios marítimos y aéreos en conflicto bélico, ya que tras los exámenes y estudios pertinentes, darían soluciones técnicas para una mejor identificación de los mismos.

En la Conferencia Diplomática de 1949, se propusieron varios medios técnicos de identificación como el radar o la identificación acústica, sin embargo no se aprobó ninguna disposición relativa a la señalización. En consecuencia, el único medio de identificación que se mantuvo fue el del signo visual (cruz roja sobre el fondo blanco). No obstante

---

<sup>804</sup> Manuel Díez de Velasco. Las Organizaciones Internacionales. Año 2002.

el artículo 43 de la Convención invitaba a las partes a conseguir acuerdos con vistas a facilitar la identificación. Por tanto quedaba un largo camino que recorrer, en el que las Organizaciones Internacionales como la OACI tendrían mucho que colaborar en el desarrollo de un resultado válido en pro del Derecho Internacional Humanitario.

#### **2.7.2) La Organización Marítima Internacional (OMI):**

**La Conferencia Marítima de las Naciones Unidas**, reunida en Ginebra entre los días 19 de febrero al 6 de marzo de 1948, elaboró un proyecto de Convención por el que se creaba la **Organización Consultiva Marítima Intergubernamental (OCMI)**. Celebró su primera sesión en enero de 1957. Su objetivo es la colaboración entre los gobiernos en materia de reglamentación técnica de la seguridad marítima y otras medidas tendentes para a la expansión de la navegación por el mar<sup>805</sup>.

**En el Convenio Internacional de 1960, para la salvaguarda de la vida humana en el mar**, aprobado por la Asamblea de la OCMI, en vigor desde el 26 de mayo de 1965, se establecen los procedimientos internacionales de identificación y de localización que han utilizarse en las operaciones de salvamento efectuadas por unidades marítimas o por aviones, en alta mar o cerca de las costas. En caso de conflicto armado, el artículo seis del Convenio citado de 1960 autoriza a un parte contratante que se considere afectado por dicha actividad bélica, sea como beligerante, sea como neutral, a suspender la aplicación de la totalidad o de una

---

<sup>805</sup> Archivos CICR. (localización septiembre 2002)

cualquiera de las Reglas adjuntas a dicho Convenio<sup>806</sup>. Con esta disposición se favorece la adopción de los más eficaces procedimientos de identificación para la salvaguarda de la vida en el mar, tanto en tiempo de paz como de guerra, especialmente para los barcos hospitales y para los barcos neutrales que respondan a la llamada mencionada en el artículo veintiuno de del II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949.

Por otra parte, la **IV Asamblea de la Organización Consultiva Marítima Intergubernamental (OCMI)** aprobó, en 1965, el Código Internacional de Señales, de diversos orígenes antiguos, para el mar. Este Código sería válido tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra, y podían utilizarlo aparte de los barcos hospitales, las aeronaves y estaciones de radiocomunicaciones costeras. En dicho código se establecen los procedimientos de identificación mediante señales visuales, sonoras, radioeléctricas y pirotécnicas, y también se prevén medios de comunicación para los casos de peligro, de búsqueda y de salvamento.

### **2.7.3) La UNIÓN INTERNACIONAL DE TELECOMUNICACIONES (UIT) :**

La Unión Internacional de Telecomunicaciones existe como tal desde la fusión de la Unión telegráfica Internacional y la Unión Telegráfica de la Europa Occidental, que se llevó a cabo como consecuencia de la **Convención de Madrid el 9 de diciembre de 1932.**

Tras la Segunda Guerra Mundial se elabora una nueva **Convención en la Conferencia de Atlantic City de 1947**, que entró en vigor el día 1 de enero de 1949. El Convenio

---

<sup>806</sup> Ph. Eberlin. Modernización del señalamiento protector. RICR año 1979. Págs. 59-85.

Internacional de Telecomunicación es el instrumento fundamental de la UIT, el cual ha sido objeto de diversas modificaciones, en las **Conferencias de Buenos Aires (1952), Ginebra (1959), y Montreux (1965)**. Posteriormente tendría lugar la **Convención de Málaga-Torremolinos en 1973**, donde se aprobaría la Recomendación n°2, que trataría de la utilización de las Radiocomunicaciones para el señalamiento y la identificación de los barcos y aeronaves sanitarios protegidos por los Convenios de Ginebra de 1949.

Se debe reseñar por su importancia la **Conferencia Administrativa de Radiocomunicaciones**, celebrada en Ginebra en el año **1959**, pues ésta examinó el proyecto de Reglamento redactado por expertos suecos, italianos y suizos, acerca de las resoluciones 6 y 7 de la Conferencia Diplomática de 1949. Varios Estados adoptaron unilateralmente este proyecto de reglas para las radiocomunicaciones de los barcos hospitales, considerado como aceptable por la Conferencia de la UIT, sin ser incorporado en el Reglamento de Radiocomunicaciones. Posteriormente la Conferencia Marítima de la UIT aprobaría en 1974 una Recomendación de gran importancia para los transportes sanitarios<sup>807</sup>.

Habría que esperar hasta la próxima Conferencia Diplomática de 1977, donde se aprobarían varias Resoluciones, solicitando de la OACI, OCMI y la UIT, que resolvieran las cuestiones de señalamiento, de identificación y de radiocomunicaciones que eran de su competencia, para que medios modernos remediasen las deficiencias que todavía mantenía el sistema de identificación.

---

<sup>807</sup> Ph. Eberlin. Modernización del señalamiento protector. RICR año 1979. Págs. 59-85.

## **2.8) El estudio sobre la protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra de E. Evrad y la Comisión Médico-Jurídica de Mónaco (1966) .-**

La Convención de Ginebra de 1949, dificultaba el desarrollo y la actividad de la aviación sanitaria en tiempo de conflicto armado, pues el hecho de cumplir lo estipulado en el artículo 36 del I Convenio, 39 del II Convenio y 22 del IV Convenio, dejaba a un medio como el aéreo, cada vez más moderno y revolucionario por la eficacia y rapidez de las evacuaciones y traslados de heridos y enfermos en combate, sin prácticamente alas para llevar a cabo su magna labor.

También es cierto que una de las causas que conllevaron a su aprobación, era la imposibilidad en que se estaba entonces para señalar adecuadamente las aeronaves sanitarias, frente a los medios modernos de defensa antiaérea, que permitían disparar a los aviones antes de que estos fueran visibles.

Había que esperar unos años después de la Conferencia Diplomática de 1949, para que se perfeccionasen las técnicas en el ámbito de la señalización, de manera que según los expertos parecía que ya no había obstáculo para dar una nueva solución.

### **2.8.1) E. Evrad y su estudio "la protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra".-**

Entre los especialistas del momento que conocían el problema que sufría la aviación sanitaria, era el Dr.

Evard, piloto y jurídico, y por tanto experto desde el punto de vista técnico y legal. Presentó un interesante estudio titulado "la protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra"<sup>808</sup>, en el que planteaba varias cuestiones de gran interés que se señalan a continuación:

Desde el punto de vista jurídico establecía, entre otras, la dificultad de obtener una autorización previa que resultara de un común acuerdo entre los beligerantes, siendo ello una cuestión que entorpecía a la aviación sanitaria. Y desde el aspecto técnico, los problemas relativos a la identificación, la creación y conservación de un parque de aviones exclusivamente sanitarios y los imperativos de la seguridad del vuelo en tiempo de guerra.

Por otra parte, el Dr. Evrard recalcaba que la inmunidad teórica acordada por las Convenciones de Ginebra de 1929 y de 1949, de la aviación sanitaria, era en la práctica difícilmente aplicable. En consecuencia, los beligerantes, conscientes de la importancia vital de la aviación para las evacuaciones, habían recurrido a la fórmula de la aeronave en misión ocasionalmente sanitaria, haciendo correr a los heridos y enfermos ciertos riesgos.

Tras estas conclusiones, planteaba la posibilidad de un nuevo estatuto para los transportes aéreos sanitarios, y para ello no solo exponían los problemas existentes sino que proponía soluciones. Entre ellas, establecía que la solución debía ser buscada, en la protección, no del avión o del helicóptero, sino de la misión sanitaria. Por otra parte si la identificación de la aeronave que efectúe un

---

<sup>808</sup> E. Evard. La protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra. RICR. 1966.

cometido sanitario está asegurada por otros medios, que no sean el dar a un itinerario, una altitud y horas de vuelo especialmente convenidas, las exigencias de un acuerdo previo, no tenían ya ningún sentido.

De los medios de identificación tanto directos como indirectos que presentaba, concluía que en una misión sanitaria, en las condiciones de la guerra aérea moderna, solo dos de entre ellos podrían merecer la atención de los expertos, un sistema electrónico de flashes emitidos según una frecuencia a determinar, por medio de un aparato colocado a bordo de la aeronave, y el empleo de un sistema radar de identificación del tipo IFF reservado a las misiones sanitarias, con una frecuencia propia, universalmente admitida. Estos dos medios deberían funcionar de una manera simultánea, estando los dos a bordo de los aparatos aéreos.

Por último, en cuanto a la duda de si hubiese que diferenciar el estatuto del helicóptero sanitario y el del avión sanitario, se declinaba en contra, en base a que técnicamente no se justificaba, y que acarrearía la consecuencia negativa de retardar la reglamentación del estatuto de la aviación sanitaria.

#### **2.8.2) La Comisión Médico-Jurídica de Mónaco y su estudio sobre la aviación sanitaria.-**

El CICR después de conocer el estudio del Dr. E. Evard, propuso a la Comisión Médico-Jurídica de Mónaco a continuar su trabajo en relación con el referido ámbito. Dando cumplimiento a dicha ofrecimiento, la Comisión Médico-Jurídica de Mónaco creó un grupo de trabajo que tras varias reuniones en 1966, elaboró unas de especificaciones

técnicas para los medios complementarios de identificación de aeronaves sanitarias, así como un proyecto de normas relativas a los transportes sanitarios aéreos en los conflictos armados, que fue examinado y adoptado por la Comisión en junio de 1966. Por otra parte, el CICR, que fue observador durante la elaboración de estos trabajos, los dio a conocer en la XXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Estambul en 1969.

## **2.9) La XXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Estambul de 1969.-**

Esta Conferencia tuvo una gran incidencia con respecto a transporte sanitario aéreo en los conflictos armados, por cuanto que se remitió por el CICR un texto elaborado por la Comisión Médico-Jurídica de Mónaco en junio de 1966. Dicho texto correspondía a un proyecto de "Reglas relativas a los transportes sanitarios por vía aérea en tiempo de conflicto armado", y a la "Especificación de los medios complementarios de identificación de aeronaves en misión sanitaria"<sup>809</sup>.

En cuanto a las citadas Reglas, el documento se basa en el respeto en toda circunstancia de los heridos, enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas, y en lo preceptuado en los Convenios de Ginebra de 1949, para garantizar su aplicación con la máxima eficacia. Su objeto es el desarrollo del transporte aéreo de los heridos y enfermos y del personal y material sanitario, así como garantizar la seguridad con una reglamentación técnica y jurídica

---

<sup>809</sup> CICIR. "Vers un nouveau statut de l'aviation sanitaire". RICR. Tomo II-octubre 1966. Págs. 484-490.



adecuada.

Por otra parte, se considera por la Comisión Médico Jurídica de Mónaco, que los avances técnicos llevados a cabo en el dominio de las transmisiones y telecomunicaciones, permiten ya en ese momento, dotar a las aeronaves sanitarias de medios de identificación y señalización susceptibles de reforzar el efecto de salvaguardia de los signos tradicionales de protección.

También se tiene en cuenta en el texto, la necesidad de eximir a las aeronaves sanitarias, de la obligación prevista en las Convenciones de establecer previamente un plan de vuelo aceptado por las partes beligerantes.

La Comisión médico-jurídica de Mónaco propone en el citado texto una serie de reglas, que disponen de ocho artículos para su puesta en marcha, estableciéndose lo siguiente<sup>810</sup>:

-La inmunidad para todas las aeronaves con misión sanitaria, incluyéndose las de sanidad de los ejércitos, de las Potencias neutrales, Sociedades de Socorro de Cruz Roja, Sociedades de Socorro oficialmente reconocidas, así como los aviones de Organizaciones pertenecientes a la ONU y CICR.

- En cuanto a identificación, las aeronaves citadas deberán ostentar el signo distintivo de la cruz roja, media luna roja o león y sol rojo, así como deberán estar provisto, según su utilización de un sistema permanente de señalización óptica luminosa o de identificación instantánea eléctrica y radioeléctrica.

---

<sup>810</sup> Archivo del CICR, en Ginebra, (actividad investigadora 2001-2004) XXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1969.

-Se prohíbe a dichos aparatos volar sobre territorio enemigo, de un territorio ocupado por fuerzas enemigas y zonas de contacto de las unidades de combate de los beligerantes. No obstante, podrán admitirse excepciones en aplicación de un acuerdo especial alcanzado por las Partes en conflicto.

-Respecto a los vuelos sobre zona enemiga o zona neutral, serán respetados, aunque tendrán que obedecer las órdenes que les envíen. En caso de aterrizaje forzoso o fortuito en zona enemiga, salvo acuerdo en contrario entre las Partes en conflicto, los heridos y enfermos transportados podrán ser hechos prisioneros de guerra. Cuando se realice el aterrizaje citado en potencia neutral, por necesidad o bajo requerimiento, la aeronave podrá salir con sus ocupantes después del control llevado a cabo.

El otro texto presentado a la Conferencia correspondiente a Las especificaciones de los medios complementarios de identificación de aeronaves en misión sanitaria, en las que contiene las siguientes características:

-Respecto a las Señales Luminosas, se indica el color rojo, su frecuencia de parpadeo, duración de resplandor, etc., así como el lugar donde deben colocarse (en avión, delante del fuselaje un poco por debajo del aparato; En helicóptero delante del fuselaje, en la cara inferior).

-En cuanto al Radar Secundario, se especifica el modo (3A) y se reserva un código pendiente de definir por acuerdo internacional.

-Y sobre la Radio, se debe reservar una frecuencia UHF a

definir por acuerdo internacional, sobre la cual las aeronaves en misión sanitaria emitirán para notificar la presencia exclusiva de heridos a bordo.

No obstante, aunque se exponen en el documento presentado a la Conferencias, cuestiones sobre especificaciones técnicas, que se entiende es un gran avance, y en el texto de reglas establece unos sistemas de medios de identificación más adecuados y técnicos, sin embargo, se sigue en la misma dinámica con respecto al acceso a la zona enemiga o frente de combate, es decir debe haber un acuerdo entre las partes, lo cual para ciertos aparatos como es el caso del helicóptero, seguirá sin tener ningún tipo de protección, cuando de improviso tenga que acudir a la zona de combate para evacuar los heridos del campo de batalla, realizando el servicio sanitario bajo su riesgo y ventura.

Nuevos acontecimientos depararán en los años siguientes, como el conflicto armado en Vietnam 1965/73, Conferencias de Expertos de 1971, 1972 y Conferencia Diplomática de 1974/1977, guiarán el camino de una nueva reglamentación más perfeccionista y también de más difícil de concordia general que completará a los Convenios de Ginebra de 1949.

## **2.10) La Guerra de Vietnam y la actividad del Helicóptero como medio de salvaguarda de los heridos en combate (1964-1973).-**

### **2.10.1) Introducción.-**

El resultado de los acuerdos de 1954 fue que se internacionalizó la paz pero sin ninguna garantía efectiva.

En agosto de 1964 el incidente del "Maddox" -un buque norteamericano atacado por los norvietnamitas- pareció justificarla.

En 1968 se desencadenó una ofensiva general por el Vietcong.

A principios del año 1973, después de una serie de negociaciones, los representantes de Vietnam del Sur, el Vietcong, Vietnam del Norte y Estados Unidos, reunidos en París llegaron a un acuerdo y se firmó la paz<sup>811</sup>. En marzo de 1973, los norteamericanos habían evacuado Vietnam.

La guerra de Vietnam se desarrolló en un ámbito geográfico y escenario bélico ideales para tener pocas bajas a bordo y para la actuación de los buques hospitales. Esta cuestión por una parte, fue debida a que las actividades bélicas navales fueron de baja intensidad, y por otra a la forma geográfica del país, que era larga y estrecha con gran longitud de costa. También el hecho de la superioridad aérea de los norteamericanos permitió que sus helicópteros pudieran evacuar bajas a los barcos hospitales sin interrupciones hostiles<sup>812</sup>.

La guerra de guerrillas dio al traste con las bajas norteamericanas de entre el 15 y el 20%, las cuales fueron por fuego amigo y por trampas o por minas.

Hubo 58.000 muertos norteamericanos frente a los 33.000 de la guerra de Corea.

---

<sup>811</sup> <http://www.editorialbitacora.com/armagedon/vietnam01/avietnam.htm>  
Las imágenes de la guerra del Vietnam (localizado 1-12-205)

<sup>812</sup> Francisco Obrador Serra. Capitán de Navío. Apoyo médico a las actividades de las fuerzas navales (1). Revista General de la Marina. Octubre de 1993. Pág. 300-3001.

### **2.10.2) El Helicóptero como medio de salvaguarda de los heridos en combate.-**

Debido a que Corea tenía un frente de batalla irregular durante la segunda mitad de la guerra las unidades debían estar localizadas cerca del frente por lo que los helicópteros no tenían que volar largas distancias para transportar a los heridos.

A diferencia de la guerra de Corea, donde había un frente de batalla irregular, obligando a las unidades a estar localizadas cerca del frente, en Vietnam no existían claras líneas del frente y por ello los helicópteros encargados de la evacuación sanitaria, a menudo tenían que volar dentro del campo de batalla para recuperar a los heridos y transportarlos a largas distancias para conseguir ayuda médica.

El helicóptero sería el medio "estrella", para salvar la vida de muchos de los combatientes en Vietnam, para ello el anterior modelo el Bell 47/H-13, fue reemplazado por el Bell 204, HU-1A, que posteriormente se llamaría UH-1ª, conocidos por los "huey".

A principios de 1962, el 57<sup>th</sup> Medical Detachmente (Helicóptero Ambulancia) fue a Vietnam para proporcionar evacuación sanitaria al Ejército de la República de Vietnam. Las unidades "Hueys", que eran denominadas "Dustoff"<sup>813</sup> por su actividad de evacuación sanitaria, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 36 y 39 del I y II Convenio de Ginebra de 1949 respectivamente, llevaban una gran cruz roja pintada en el morro y en los

---

<sup>813</sup>

<http://www.urgenciasmedicas.org/helicop/helitransporte.pdf>  
Artículo: Helitransporte Sanitario. (localización abril 2004)

laterales y se convirtieron en los principales helicópteros para evacuación sanitaria de la guerra. Estos aparatos transportarían tres camillas y un sanitario dentro de la cabina.

Se debe señalar que este medio de transporte sufrió el ataque de los soldados enemigos, e incluso muchos de ellos fueron derribados mientras recogían a los heridos durante los combates, no sirviéndoles de inmunidad las señales de cruz roja que portaban pintadas en el exterior de los aparatos. No obstante, el I y II Convenio de Ginebra de 1949, establece en los referidos artículos 36 y 39 respectivamente, que para obtener la correspondiente inmunidad deberían haber acordado entre las partes beligerante los vuelos que se iban a efectuar, altitudes, horas e itinerarios, cuestión que si bien era posible para aeronaves sanitarias convencionales que volasen fuera de las zonas de combate, no sería válido para el helicóptero, que por sus características y forma de actuación in situ en pleno frente del combate, le sería difícil de cumplir. Por otra parte el citado artículo 39, expresamente establece la prohibición de volar sobre el territorio enemigo u ocupado por el enemigo sin el previo acuerdo de las partes, cuestión que deja sin protección al helicóptero, pues habitualmente la misión de los mismos es la recogida de aquellos heridos caídos en pleno combate, siendo imposible llevar a efecto el cumplimiento de lo preceptuado en dicho articulado, y por ende éste gran medio de transporte que estaba salvando vidas, tendría que realizar su labor humanitaria bajo su riesgo.

**2.11) Reuniones de Expertos Técnicos de 1970, en Ginebra y Conferencia de Expertos técnicos Gubernamentales sobre la reafirmación y el desarrollo del Derecho Internacional Humanitario aplicable a los Conflictos Armados de 1971 y 1972, en Ginebra.-**

El CICR, después de presentar los textos de Especificaciones Técnicas para los medios complementarios de identificación de las aeronaves en misión sanitaria, así como el proyecto de Reglas relativas a los transportes sanitarios por vía aérea en tiempo de conflicto armado a la XXI Conferencia Internacional de Cruz Roja en Estambul en 1969, también los presentó en una **reunión de Expertos Técnicos** que se llevó a cabo en Ginebra en la sede de CICR, los días 28 y 29 de octubre de 1970<sup>814</sup>.

El CICR les realizó consulta a título individual y privado, como expertos calificados en materia de detección y comunicaciones, en referencia a los problemas de protección que planteaba las aeronaves sanitarias, los barcos hospitales, las embarcaciones de salvamento y también los vehículos sanitarios terrestres.

Estos expertos, tras los estudios y conclusiones realizados, recomendaron el uso de la radio, de las radiocomunicaciones, del radar secundario o de otros medios técnicos. Estos trabajos fueron presentados a la

---

<sup>814</sup> Comentario del Protocolo I, del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas en los conflictos armados internacionales. CICR. Edición primera en español de 2001.

**Conferencia de Expertos Gubernativos convocados por el CICR en 1971<sup>815</sup>.**

Dicha Conferencia, fue convocada por el CICR, relativa a la reafirmación y desarrollo del derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados, y se celebró en Ginebra del 24 de mayo al 12 de junio de 1971. En el primer período de sesiones de la Conferencia se debatió la cuestión de la aviación sanitaria, no obstante se decidió que la información obtenida era insuficiente y se recomendó la convocatoria de una **segunda Conferencia de Expertos Técnicos Gubernativos**, la cual tuvo lugar del 3 de mayo al 2 de junio de 1972.

Una de las cuestiones que se examinaron en esta segunda Conferencia, correspondió al problema de los transportes sanitarios aéreos. Las expectativas estaban en conocer si se iba a continuar con lo establecido en las Convenciones de Ginebra de 1949, es decir, sometiendo las operaciones sanitarias por vía aérea a un acuerdo previo.

Después de los tensos debates entre los Expertos asistentes, especialmente sobre esta cuestión, se concluía lo siguiente:

A) Se presentaron varias propuestas, unas a favor y otras en contra, las que estaban a favor en seguir con el pacto previo de las partes, se apoyaban en que el empleo de aeronaves sin acuerdo previo constituiría una amenaza para la seguridad de las Partes en conflicto y que sería difícil

---

<sup>815</sup> Archivo del CICR en Ginebra, Informe del CICR de 2-12-1985, de la Reunión de Expertos técnicos navales gubernamentales (informaciones relativas a la organización práctica de la reunión- señalamiento e identificación de los barcos hospitales y de los barcos protegidos por el II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949-reseña histórica).



para un comandante exponer sus tropas a los peligros inherentes a que una aeronave enemiga pudiera sobrevolar sus líneas, recogiendo informes, etc. Por tanto las reglas propuestas alterarían el equilibrio que se debía mantener.

Los Expertos que estaban en contra del acuerdo previo, se basaban en que las probabilidades de supervivencia de un herido serían mayores si fuera evacuado rápidamente a un establecimiento o una formación sanitaria donde pudiera serle dado tratamiento apropiado. Parecía que había que ser muy optimistas para pensar en primer lugar, que se llegaría a un acuerdo, y segundo que el tiempo que se tardaría en obtenerse el permiso adecuado tras las posibles diferencias, daría como resultado una pérdida de un tiempo fundamental para llevar a cabo las operaciones de este tipo, donde la vida de muchas víctimas estarían en juego.

Al final prevaleció la opinión de que era necesario llegar a un acuerdo previo. La mayoría de los expertos aprobaron así un texto en los términos del cual un acuerdo, que podía llevarse a cabo de todas las formas posibles, era en principio necesario<sup>816</sup>.

B) Después del examen de una subcomisión técnica sobre que medios complementarios de identificación y señalización podían ser utilizados por las aeronaves sanitarias, además del signo distintivo, se propuso en principio ser obligado para las Partes en conflicto la adopción de técnicas modernas de identificación. No obstante tras las voces que se levantaron, manifestando una discriminación con aquellos países en vías de desarrollo para poder adquirirlas, se atenuó la redacción del artículo, quedando en que las

---

<sup>816</sup> CICR. Réaffirmation et développement du droit international humanitaire applicable dans les conflits armés. Conférence D'experts Gouvernementaux. RICR. Año 1973

Partes "se esforzarán en adoptar".

A la vista del resultado de esta Conferencia de Expertos Gubernamentales, se puede precisar que seguía existiendo un escollo importante por resolver, si tal vez tuviera posibilidad de solución, en referencia a la necesidad de obtener un acuerdo previo, para que los transportes sanitarios aéreos pudieran realizar los traslados y evacuaciones de heridos de los campos de batalla a los hospitales más próximos. El hecho de que este medio de transporte pueda tener conocimiento e información del enemigo, le pararía las alas para cumplir su cometido en las condiciones que ese tipo de servicio sanitario requiere.

Por otra parte, siendo más optimista, la propuesta de la adopción de medios técnicos de identificación abrigaba la esperanza de que ello fuera a favorecer a este medio transporte, y por ende a la protección de las víctimas en los conflictos armados.

## **2.12) La Conferencia Diplomática de 1974-1977.-**

Esta Conferencia relativa a la reafirmación y el desarrollo del derecho internacional humanitario aplicable en los conflictos armados, fue convocada y organizada por el Gobierno suizo y se reunió en cuatro períodos de sesiones desde 1974 hasta 1977.

Después de la aprobación de los Protocolos el 8 de junio de 1977, a los dos días, finalizó la Conferencia Diplomática con la firma del Acta Final. En dicho documento se incluía

el texto de los dos Protocolos Adicionales a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 y varias resoluciones. Seis meses después, el 7 de diciembre de 1978, entraron en vigor.

Estos textos han logrado poner de manifiesto una universalidad basada en la solidaridad y cuyo el objeto es el de la protección de las víctimas en los conflictos armados, obra ya iniciada en 1864 con el I Convenio de Ginebra.

El carácter adicional de los Protocolos I y II de 8 de junio de 1977 son tratados vinculados a las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949.

El Protocolo I completa esencialmente los cuatro Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 para la protección de las víctimas de los conflictos internacionales y el Protocolo II completa el artículo 3 común a los cuatro Convenios, relativo a los conflictos armados no internacionales.

En relación a lo dispuesto sobre el transporte sanitario marítimo y aéreo en los conflictos armados, esta cuestión se regula en las disposiciones que a continuación se señalan:

El Título II del Protocolo adicional, que se refiere a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, "Heridos, enfermos y náufragos", se estructura en tres secciones, una de ellas, la sección II trata sobre el Transporte sanitario. Está dividida entre la protección prestada al transporte sanitario terrestre (artículo 21), al transporte sanitario por agua con dos artículos (22 y 23), y al transporte sanitario por aire con

ocho artículos (23 al 31), siendo la parte más extensa de la sección.

Por otra parte, hay que reseñar lo expuesto en la sección II, referente a la protección general, sobre la terminología y concepto de los medios de transportes sanitarios marítimos y aéreos, así como de las personas que van a estar involucradas con dichos transportes durante los conflictos armados.

Existe otra disposición a tratar, relativa al transporte de socorros para la población civil, correspondiente al artículo 70, sobre acciones de socorro, que se incluye en la sección II, del título IV sobre Población Civil, de interés para este estudio.

El Protocolo I cuenta con un Anexo I, referente a la reglamentación relativa a la identificación, a fin de facilitar la misma a los medios de transportes sanitarios marítimos y aéreos protegidos por los Convenios de Ginebra de 1949 y el mismo Protocolo, con el objeto de que se goce de una mayor salvaguarda. Acompañan a éste Reglamento tres Resoluciones, dirigidas a las Organizaciones Internacionales competentes para tratar los problemas técnicos planteados, es decir la UIT (Unión Internacional de Telecomunicaciones, la OCMI (Organización Consultiva Marítima Intergubernamental, que después del 1 de junio de 1982 de designaría como OMI, Organización Marítima Internacional) y la OACI (Organización de Aviación Civil Internacional).

En cuanto al Protocolo II, éste regula los conflictos armados no internacionales, se aprobó por consenso, y es bastante restringido. El Título III que se refiere a los

heridos, enfermos y náufragos, dispone de un artículo, el n°11, sobre la protección de los medios de transporte sanitarios, y otro, el artículo 5 sobre búsqueda y recogida de las citadas personas.

Cabe reseñar que el título III de este estudio, será objeto de un análisis pormenorizado sobre lo regulado en los referidos Protocolos con relación a los transportes sanitarios marítimos y aéreos.

### **2.13) Organizaciones Internacionales en apoyo a los Medios de Identificación aprobados por la Conferencia Diplomática de 1974-1977: CAMP 79.-**

#### **2.13.1) La Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT):**

Antes de llegar a la Conferencia Administrativa Mundial de 1979, se debe recordar que previamente se habían convocado dos Conferencias promovidas por la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) relacionadas para la identificación, radiocomunicaciones y radiolocalizaciones de los medios de transporte protegidos por los Convenios de Ginebra de 1949:

La Conferencia de Plenipotenciarios de la Unión Europea, celebrada en Torremolinos en 1973, y la Conferencia Administrativa Mundial de Radiocomunicaciones Marítimas, celebrada en Ginebra, en 1974.

Posteriormente en 1979 se celebra la Conferencia

**Administrativa Mundial de Radiocomunicaciones, la CAMR-79,** organizada por la UIT. En ésta reunión, donde se congregó a los representantes de todas las administraciones nacionales, se sometió a instancia de la Conferencia Diplomática de 1974-1977, que se dispusiera como conviniese, para que pudiera atenderse debidamente en el Reglamento de Comunicaciones, a las necesidades esenciales en materia de comunicaciones para los medios de transportes protegidos en los casos de conflictos armados, de acuerdo con lo señalado en la Resolución XVIII de la citada Conferencia Diplomática.

La respuesta de la Conferencia Administrativa no se hizo esperar, por cuanto que respondió disponiendo en el Reglamento de Telecomunicaciones del artículo 40, que iba a tratar de las Transmisiones de urgencias y de seguridad, transportes sanitarios, en la que se incluía una nueva sección II, que se iba a titular Transportes Sanitarios<sup>817</sup>. En el referido artículo 40, se establecía que a los transportes sanitarios protegidos por los Convenios de Ginebra de 1949 y el Protocolo I, a fin de anunciar e identificarlos, se les asignaba una transmisión completa de señales de urgencia<sup>818</sup>, así como una frecuencia internacional de socorro<sup>819</sup>.

---

<sup>817</sup> Ph. Eberlin. La identificación de las aeronaves sanitarias en período de conflicto armado. RICR. Julio -Agosto 1982. Pág. 228.

<sup>818</sup> En radiotelegrafía, la transmisión del grupo XXX, repetido tres veces, con intervalos adecuados entre las letras de cada grupo y entre los grupos sucesivos, transmitiéndose antes de la llamada. En radiofonía, la señal de urgencia correspondería en la transmisión del grupo de palabras PAN PAN, repetido tres veces, y también se transmitirá antes de la llamada. En ambos casos, después de las citadas señales de urgencia, se añadiría la adición del grupo único YYY en radiotelegrafía, y de la acción de la palabra única ME-DI-CAL en radiotelefonía.

<sup>819</sup> Se podrá utilizar como frecuencia la 500 Khz., 2 182, 156,8 Mhz, o cualquier otra que pudiera utilizarse en caso de peligro. También podrá, según las ocasiones, utilizarse una frecuencia de trabajo cuando se trate de un servicio móvil marítimo.

En la Conferencia Administrativa se concretaron los logros de la Conferencia Diplomática, gozando desde entonces los medios de transportes sanitarios civiles o militares de la misma protección en tiempo de guerra, asignándose a tenor del Anexo técnico del Protocolo I medios de identificación específico como señalización luminosa, señales de radio y código de radar.

### **2.13.2) La Organización Consultiva Marítima Internacional (OCMI) :**

La Conferencia Diplomática 1974-1977 acordó para la utilización de modernos métodos y procedimientos de identificación varias Resoluciones, como la XVIII, dirigida en este caso, a la Organización Consultiva Marítima Internacional (OCMI), que como organización especializada, resolviese este tipo de cuestiones relacionada con su competencia, a fin de remediar las deficiencias existentes hasta ese momento del sistema de identificación de los medios de transportes sanitarios en conflictos armados.

Esta organización, reaccionó muy favorablemente, pues incorporó en el Código de Señales, un nuevo capítulo (XIV) titulado "Identificación de los transportes sanitarios en los conflictos armados e identificación permanente de los barcos de salvamento", y aunque entraron en vigor el 1 de enero de 1986<sup>820</sup>, otras versiones señalan al 1 de enero 1980<sup>821</sup>, ya en 1978 se introdujeron disposiciones relativas

---

<sup>820</sup> Archivo de Documentación del CICR, actividad investigadora 2001-2004. Documento sobre las Resoluciones CFICR XXVI documento elaborado por CICR, referente a la Comisión I, y sobre la Identificación de los Medios de Transporte Sanitarios de 3-7 diciembre de 1995.

<sup>821</sup> Ph. Eberlin. Identificación de los Buques Hospitales y de los Buques protegidos por los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de

a la identificación de barcos sanitarios<sup>822</sup>.

La Resolución XVIII ya referida, comunicada por la Conferencia Diplomática 1974-1977 a la OCMI, instaba a esta organización para incluir en el Código de Señales, la luz azul con destellos prevista en el artículo 6 del Reglamento anexo al Protocolo I y a que se reconozca en ese Código el signo distintivo. En el artículo 6, figuran las características de la luz azul con destellos, prevista como señal distintiva para las aeronaves sanitarias y que pudieran ser utilizados, asimismo, para los medios de transporte sanitarios terrestres y marítimos.

### **2.13.3) La Organización Internacional de Aviación Civil (OACI):**

Se recuerda que el Convenio de Chicago de 7 de diciembre de 1944, en sus anexos, 10, 11, y 12, relativo a la aviación civil internacional, señalaba procedimientos de comunicaciones y medios de identificación por radio, señales luminosas o signos visuales y radar. En cuanto a éste último procedimiento, cabe señalar, que la OACI establecía los modos y los códigos de radar secundario necesarios para el control de la navegación aérea. Con ello es posible identificar a una aeronave por radar y conocer su altitud y su itinerario.

La Conferencia Diplomática 1974-1977, en su Resolución XVII, instaba a la OACI, a que se dispusiera de un modo y de un código de radar secundario, para las aeronaves

---

1949. RICR. 1988, página 354.

<sup>822</sup> Documento relativo a las Resoluciones CFICR XXVI de 1995, elaborado por CICR, ya citado (epígrafe II, "trabajos de las Organizaciones internacionales concernidas" sobre OMI).



sanitarias exclusivamente, en caso de conflicto armado. Era la última tecnología que en ese momento utilizaban los buques de guerra, junto a las antenas IFF, que les permitían identificar a los buques enemigos o amigos, pues era enemigo aquél buque que no respondía por código IFF "amigo". Este código era secreto y cambiaba constantemente, por ello era imposible hacerse identificar con tal sistema por los buques no beligerantes como el caso de los barcos hospitales. Por tanto para que pudiera ser identificado por radar, era necesario que estuviese equipado de un receptor emisor automático, es decir de un respondedor radar, para así poder tener una identificación de distancias considerables, más allá del horizonte visual, pues la antenas de los respondedores se instalan en el mástil, en la parte más alta de la embarcación<sup>823</sup>.

Cuando se lleve a cabo su instalación en los barcos hospitales y en los barcos de salvamento, estos serían identificados por radar, consiguiéndose evitar cualquier tipo de ataque indiscriminado sobre los mismos.

La OACI, en base a la referida Resolución XVII de la Conferencia Diplomática de 1974-1977, seguirá con la elaboración de enmiendas a los anexos 2, 7, 10 y 11 del Convenio, relativo a la aviación civil internacional y proseguiría realizando estudios relativos al signo distintivo de la luz azul y a de los códigos de identificación por radar con miras a facilitar la identificación de las aeronaves sanitarias.

Había que esperar hasta 1987 donde habría grandes novedades respecto a la identificación, ya que la OACI aprobaría

---

<sup>823</sup> Ph. Eberlin. Artículo ya citado. página 358.

disposiciones relativas a la identificación, así como la UIT, nueva Recomendación para la identificación y localización de los transportes sanitarios.

#### **2.14) La XXIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Manila de 1981.-**

En esta Conferencia Internacional se hace una especial consideración sobre todos los avances que se estaban llevando a cabo por las diferentes organizaciones internacionales como la UIT, OCMI Y OACI, relativas a la identificación de los transportes sanitarios especialmente en el ámbito marítimo y aéreo, en los conflictos armados.

Se aseveraba que el mejoramiento del sistema de identificación de los barcos hospitales, barcos de salvamento y aeronaves sanitarias, contribuiría a una mejor protección de los mismos, ya que aumentaría su seguridad y la rapidez de las operaciones sanitarias de evacuación.

Se aprueba una Resolución, la VIII<sup>a</sup>, referida a la identificación de los medios de transporte sanitarios, con el objeto de mejorar la seguridad y la rapidez de las operaciones sanitarias de evacuación en caso de conflicto armado.

Por otra parte, se insta a que los Gobiernos intervengan ante las organizaciones internacionales competentes con la finalidad de que los barcos y las aeronaves de los Estados neutrales dispongan de adecuados medios de identificación cuando presten asistencia a los heridos, a los enfermos y a los náufragos, así como a que prevean, ya en tiempo de paz, la necesaria coordinación que permita mejorar las

operaciones de evacuación, especialmente en tiempo de guerra, a las citadas víctimas.

También es de interés resaltar lo aprobado en la Resolución VII, pues en ella la Conferencia Internacional reafirma su interés por el desarrollo del derecho internacional humanitario, así como por su aceptación universal. A su vez incita a los Estados que todavía no lo han hecho ratifiquen los dos Protocolos adicionales o se adhieran a los mismos.

Era necesario y vital aumentar el número de ratificaciones o adhesiones en su caso, de los Estados para mejorar la seguridad y la rapidez de los transportes sanitarios marítimos y aéreos en los conflictos armados. Las armas cada vez más rápidamente aumentaban su tecnología, los Estados crecían en su rearme y contaban con mejores medios, todo ello dejaba en clara desventaja a quienes su objeto era la de atender y socorrer a los heridos, enfermos y náufragos durante un enfrentamiento bélico. Era necesario que se tomara conciencia por Estados que no hubieran aún ratificado los Protocolos, de que apoyando esta normas se promovía el espíritu del derecho internacional humanitario, es decir del mejoramiento de aquellos que iban a sufrir las desgracias en el combate. Los medios de transporte en cualquier ámbito servirían para contribuir, no solo a paliar los sufrimientos de los soldados o marineros heridos, enfermos o náufragos durante la guerra, sino también a salvar sus vidas. Por tanto era necesario ese acuerdo mayúsculo de Estados y seguir en la perfección de los sistemas de identificación para que esas normas sean plenamente o lo máximo posible, eficaces frente a la barbarie de la guerra, a fin de hacerla lo más humanitariamente posible.

Habría otra última cuestión a destacar de esta Conferencia Internacional, correspondiente a la aprobación de un proyecto de revisión del Reglamento para el uso del emblema de la cruz roja, media luna roja y león y sol rojos por las sociedades nacionales de los Estados que son Partes en los mismos<sup>824</sup>. Pues se había comprobado que, desde 1965, este reglamento podía ser mejorado en varios puntos. Por otra parte el hecho de la aprobación de los Protocolos Adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949, requería la adaptación del citado emblema a dicha normativa. De la elaboración este proyecto se encargaría el CICR en colaboración con la Liga y las Sociedades Nacionales.

Por último como conclusión, esta Conferencia se caracterizaría por el empuje para que los Estados ratificasen los Protocolos Adicionales de 1977 y de la consecución en la perfección de los sistemas de identificación de los transportes sanitarios marítimos y aéreos. No obstante su impulso y espaldarazo vendría de la mano de un próximo conflicto armado, como así fuera en otras ocasiones como en 1899 y 1907, pues cuando se pensaba que los barcos hospitales estaban anticuados para su actividad en un conflicto bélico en el mar, provino al siguiente año de 1982, el conflicto del Atlántico Sur, que daría lugar por primera vez a que se aplicase el II Convenio de Ginebra de 1949, sirviendo de "laboratorio práctico" para que se sacasen las conclusiones precisas para adecuarlas en el marco técnico y legal, especialmente para que fueran más los Estados que ratificasen los ya citados Protocolos Adicionales de 1977.

---

<sup>824</sup> Dicho Reglamento fue aprobado por la XX Conferencia Internacional de la Cruz Roja, celebrada en Viena el año 1965 (Resolución XXXII).

## **2.15) El Conflicto Armado de las Islas Falkland-Malvinas de 1982 y la aplicación del II Convenio de Ginebra de 1949.-**

El día 2 de abril de 1982 las fuerzas armadas argentinas ocuparon las Islas Falkland-Malvinas reduciendo a la guarnición británica. Al día siguiente, el gobierno británico anunció la constitución de una agrupación operativa formada por 24 unidades navales que navegaría a las Malvinas, siendo el 25 de abril cuando retoman la isla. Vuelven a poner pie en la misma el 21 de mayo. Desde el 6 de junio el CICR realiza visitas a los barcos hospitales ubicados en alta mar desde el 6 de junio. El 14 de junio capitularon las fuerzas argentinas.

Este conflicto bélico permitió sacar interesantes conclusiones, en relación con la aplicación del II Convenio de Ginebra de 1949, el cual fue la primera vez desde su aprobación que fue aplicado.

Durante el contencioso armado, se llevaron fielmente las reglas del Derecho Internacional Humanitario por parte de los beligerantes. No obstante, hay que significar que a ello contribuyeron una serie de elementos que beneficiaron dicho cumplimiento, entre los que se pueden señalar<sup>825</sup>:

- Breve periodo del conflicto.
- Equilibrio relativo de las fuerzas.
- Extensión geográfica de los combates era bastante limitada.

---

<sup>825</sup> Antoine Bouvier, miembro de la División jurídica del CICR. *Protéger les victimes des conflits armés sur mer: L'Action du C.I.C.R.* Seminario sobre el Derecho de la Mar. Derecho de la Guerra y Derecho Humanitario. Instituto Francés de Derecho Humanitario y del Derecho del Hombre. 15-16 de octubre de 1987.

- Escaso número de participantes como beligerantes.
- Buena disponibilidad en colaborar con las actividades del CICR.

Los mayores enfrentamientos tuvieron lugar en el mar, y por tanto, el principal medio de transporte utilizado por los beligerantes para socorrer a los heridos, enfermos y náufragos, fue el de los barcos hospitales, los cuales de acuerdo con lo establecido en el II Convenio de Ginebra, tendrían el beneficio de la protección, siempre que se abstuviesen de la participación en las hostilidades. Su actividad sería humanitaria y no podrían ser atacados ni capturados.

Durante la guerra de las Malvinas, conflicto bélico eminentemente marítimo, cada una de las fuerzas navales utilizó buques-hospitales. Los navíos utilizados, sin embargo, no fueron contruidos para esta misión, siendo readaptados para la misma<sup>826</sup>.

La Armada Argentina readaptó buques de transporte antártico, destacando el "Bahía paraíso", un buque de pasajeros adaptado en muy escaso tiempo, de 130 metros de eslora y con cabida para más de 100 heridos, así como el "Almirante Irizar", un rompehielos de 119 metros de eslora. También hubo otro barco hospital, el "Puerto Deseado", que dada la brevedad del conflicto no llegó a utilizarse, pues finalizaron las hostilidades antes de su puesta en servicio.

Por parte de Gran Bretaña, puso a su disposición tres navíos oceanográficos: HMS "Herald", HMS "Hecla", HMS

---

<sup>826</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazán, Madrid, 1995 Pág. 224.

"Hydra", estos tres barcos tenían una eslora de 79,3 metros, con una cabida para 60 a 100 enfermos, se utilizaron como barcos ambulancias, llevando a cabo su evacuación mediante etapa neutral de Montevideo, desde donde se trasladaban los heridos y enfermos al Reino Unido en aviones de la RAF, vía isla de Ascensión, en el Atlántico Sur. Ello permitía que los barcos hospitales quedaran listos para atender las nuevas bajas que se fueran produciendo.<sup>827</sup>

Junto a los mismos también participó el mercante "Uganda", de 164,5 metros de eslora y con cabida para más de 500 enfermos<sup>828</sup> del que más adelante se ampliará su actividad y acatamiento con la II Convención.

En cuanto al nivel de cumplimiento de los citados barcos hospitales con respecto al II Convenio de Ginebra, cabe decir:

1º) Que sobre la obligación de comunicar los beligerantes a la parte adversa las características de dichas embarcaciones, para el cumplimiento del artículo 22 del II Convenio de Ginebra de 1949, no hubo ningún problema. Todos los barcos citados fueron notificados a tiempo y de manera detallada.

2º) En cuanto a la identificación de los barcos hospitales, estos prestaron sus servicios enteramente pintados de

---

<sup>827</sup> Manuel Gracia Rivas, "I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad organizadas por el Ministerio de Defensa y Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985

<sup>828</sup> Sylvie-Stoyanka Junod. La protección de las víctimas del conflicto armado de las Islas Falkland-Malvinas (1982). Derecho Internacional Humanitario y Acción Humanitaria. CICR, departamento de Información. Página 24.

blanco y con una cruz roja, en plena conformidad con la Segunda Convención de Ginebra de 12 de agosto de 1949 y ello aún cuando ninguno de los dos contendientes lo había ratificado. No obstante, se demostró que dicha señalización no era suficiente. Por otra parte se utilizaron otros medios técnicos como luces azules y los procedimientos de radio y radar ad hoc. Las normas existentes parecían no conocerlas y que frente a los medios de combate se denotaba la necesidad de encontrar nuevos procedimientos de señalización.

3º) Sobre el no entorpecimiento por los barcos hospitales el movimiento de los combatientes, dispuesto en el artículo 30 del II Convenio de 1949, llevó a los beligerantes a establecer una zona neutral en alta mar. Esta zona previamente delimitada, de unas 20 millas de diámetro, denominada "Red- Cross Box", fue respetada por los dos bandos, llegando incluso a intercambiarse médicos de los buques-hospitales en los que eran atendidos heridos de los dos bandos<sup>829</sup>. Se debe resaltar que el II Convenio de Ginebra no se prevé expresamente el establecimiento de zonas neutralizadas, sirviendo dicho acuerdo de las partes beligerantes como testimonio de preocupación por las víctimas del conflicto, que sin basarse en disposición jurídica alguna, se estableció un acuerdo especial que podría estar basado en el artículo 6 de la II Convención de 1949.

4º) Respecto al cumplimiento de lo señalado en el artículo 31 de la citada Convención, referente a derecho de visita y control sobre los barcos hospitales, los beligerantes encargaron esta labor a observadores neutrales, recayendo

---

<sup>829</sup> Manuel Gracia Rivas, "La sanidad naval española. Historia y evolución". Bazán, Madrid, 1995 Pág. 224.



la misión de verificar que dichos barcos fueran utilizados de acuerdo con las normas de la Convención de Ginebra, a los miembros expertos del CICR. Entre los miembros que componían este grupo de expertos estaba Ph. Eberlin, el cual en una entrevista que se le realizó en Ginebra en septiembre del 2004, manifestó la gran exquisitez del cumplimiento de los beligerantes con la Convención de Ginebra, buscando opciones tanto técnicas como operativas, para la salvaguarda de las víctimas del conflicto armado y la buena relación existente con el CICR, facilitando el desarrollo de las actividades de sus miembros durante el tiempo de guerra.

Se debe resaltar la actividad y el cumplimiento con las reglas Convencionales, de uno de los barcos hospitales antes citado el "Uganda". Este barco mercante había sido oficialmente convertido en barco hospital, de acuerdo con la II Convención de Ginebra, y por ello fue requerido para dirigirse al escenario de operaciones navegando solo y sin enlace de radio directo con la agrupación naval británica, para poder mantenerse dentro de la zona de exclusión total de operaciones bélicas, y navegar dentro de la zona de exclusión a rumbos conocidos y acordados por ambos contendientes, yendo totalmente iluminado, careciendo de equipos para cifrar y descifrar mensajes, transmitiendo y recibiendo todos los mensajes en claro y solo se aproximó a las Malvinas para recibir bajas transportadas en helicópteros.

Por otra parte los buques de transporte de tropas Canberra y Queen Elizabeth 2, de la agrupación naval británica, actuaron, en parte, como barco hospital, pero solo de facto pues sobre ellos no podía recaer la protección otorgada a los barcos hospitales, de la que parte la concepción

jurídica de esta figura, toda vez que no había sido oficialmente designado como barco hospital, lo que sin embargo aportó como ventaja el que después de atendidas las bajas médicamente en sus instalaciones pudieran volver al frente, lo que no permite la Convención de Ginebra respecto de los heridos y enfermos acogidos y tratados en un barco hospital, respecto de los que prohíbe específicamente su incorporación o devolución al frente de combate.<sup>830</sup>

El conflicto armado del Atlántico Sur dio como resultado desgraciado el número de bajas siguientes: Aparte de las existentes en el Buque General Belgrado (300 bajas entre muertos y desaparecidos), Argentina declaró haber tenido un total de 1.299 bajas, repartidas entre 218 muertos y 1.081 heridos, correspondiendo a la armada 16 muertos y 34 heridos. Gran Bretaña declaró un total de 1.032 bajas, 255 muertos y 777 heridos, si especificarse los que correspondía a cada una de sus fuerzas armadas.

A propósito, en relación del hundimiento del crucero argentino "General Belgrano", por un submarino británico en la guerra de las Islas Malvinas, Peter Rowe, comentó: "El H.M.S. Conqueror no estaba en posición de salir a la superficie para asistir a los sobrevivientes del General Belgrano, que torpedeó y hundió el 2 de mayo de 1982. Además, un buque de guerra de superficie a menudo corre... un riesgo inaceptable si comienza a rescatar sobrevivientes cuando se sospecha que los submarinos están aun en el aérea..."

Se entiende que los beligerantes tienen el deber de comprometerse en esfuerzos de búsqueda y rescate donde ello

---

<sup>830</sup> Francisco Obrador Serra, Capitán de Navío. Apoyo médico a las actividades de las fuerzas navales (II). Revista General de la Marina. Noviembre de 1993.

sea posible es decir, según la necesidad lo imponga y hasta donde las circunstancias lo permitan. Un ejemplo, puede corresponder al de las aeronaves de la fuerza aérea, que no reciben ninguna protección especial mientras están comprometidas en labores de rescate permaneciendo expuestos a un potencial ataque<sup>831</sup>.

Como conclusión a la actividad de los transportes sanitarios marítimos en este conflicto bélico, se debe señalar, que hubo una adecuación general de los mecanismos previstos en la II Convención de Ginebra de 1949, aunque se debe abordar cuestiones de la aplicación de las normas del DIH en una óptica global. La experiencia demostró que los beligerantes pueden verse forzados a aplicar reglas variadas.

Por otra parte, el papel del CICR fue muy útil, pues sirvió para las partes beligerantes en no caer en la desconfianza de las actividades humanitarias de la parte adversa canalizando la situación hacia posiciones positivas para las víctimas.

En 1982 cuando se pensaba que los Barcos Hospitales habían quedado anticuados, el conflicto del Atlántico Sur demostró lo contrario, recordando que era necesario llenar las lagunas jurídicas y tecnológicas existentes al respecto, si se quería que, en el futuro, las víctimas de la guerra naval estuvieran mejor protegidas. Cuestiones como reglas relativas a la identificación y a los derechos y deberes de los barcos que transporten a prisioneros de guerra o la falta de una norma que regularice un procedimiento de creación de una zona neutralizada en el mar, entre otras,

---

<sup>831</sup> Renato Nuño Luco, "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario", Lexis Nexis Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2003.

revelan esas lagunas que en un conflicto armado de mayor envergadura conllevarían consecuencias mas graves.

No se puede finalizar este estudio sobre la guerra de las Malvinas, sin referirse a la actividad realizada por el transporte sanitario aéreo, ya que también los helicópteros tuvieron su parte de protagonismo. Estos fueron ampliamente usados para el transporte de las bajas directamente a los buques hospitales. En cada barco hospital había uno o varios helicópteros sanitarios, exclusivamente para el traslado y evacuación de heridos, enfermos y náufragos, así como al personal del CICR y material sanitario, llevando el emblema de la Cruz Roja, de conformidad con lo establecido en el artículo 39 del II Convenio de Ginebra de 1949<sup>832</sup>.

Siendo el número de aeronaves disponibles, relativamente pequeño, los helicópteros militares también llevaron a cabo trabajos de rescate. Estas misiones las realizaron bajo su propio riesgo y ventura, ya que no tenían ningún tipo de protección especial<sup>833</sup>.

Durante este conflicto, la identificación por radar de helicópteros sanitarios, fue establecida por acuerdo tácito entre los beligerantes. Ello hacía reflexionar que en las guerras futuras, con una mayor tecnología armamentística, era necesario el uso de unos medios adicionales de identificación para que se adoptasen en los conflictos armados.

---

<sup>832</sup> Sylvie-Stoyanka Junod. La protección de las víctimas del conflicto armado de las Islas Falkland-Malvinas (1982). RICR. 1-09-1990.

<sup>833</sup> Renato Nuño Lucco. La guerra aérea en relación con el DIH. RICR. 17-04-1998.

## **2.16) El Tratado de Ginebra de 1958 sobre la Alta Mar y La Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho Del Mar de 1982.-**

Se hace mención a ambos instrumentos, pues en ellos hay normas de carácter humanitario, ya que disponen la obligación a ayudar a toda persona que se encuentre en peligro en el mar, de rescatar y repatriar a los náufragos.

Por otra parte, cabe señalar que en el caso por ejemplo del bloqueo marítimo, la disposición de la citada Convención, de utilización pacífica de los espacios marítimos, no puede ser interpretada como una prohibición especial de utilizar la alta mar como lugar de conflicto armado, distinta de la prohibición general de uso o amenaza de la fuerza. Concluyéndose que La Convención no tiene ninguna prohibición especial del bloqueo naval como medio de hostilizar en la guerra marítima<sup>834</sup>

## **2.17) La XIV Conferencia Internacional de Salvamento de Marítimo "ILC" de Goteborg (Suecia) de 1983 y Reunión del Grupo especial de Trabajo en abril 1984.-**

Es necesario recordar que la última International Lifeboat Conference "ILC", donde se debatieron y se aprobaron recomendaciones relativas a la protección de los barcos de salvamento en los conflictos armados, especialmente para la

---

<sup>834</sup> José Luis Rodríguez-Villasante. Ponencia sobre Normas Aplicables en materia de Bloqueo Marítimo, después de la adopción del protocolo I Adicional de 1977. Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario aplicable en los Conflictos Armados en el Mar. Madrid, 26-29 de septiembre de 1988.

adaptación de lo establecido en el artículo 22 (notificación de las características y nombre del barco) y el artículo 24 (protección) del II Convenio de Ginebra de 1949, fue en la VII ILC de Estoril (Portugal) en 1955. Luego hasta la XIV ILC celebrada en Goteborg (Suecia) en junio de 1983, se sucedieron otras, correspondientes a Alemania en 1959, Escocia en 1963, en Francia en 1967, en los Estados Unidos en 1971, en Finlandia en 1975, y en Holanda en 1979, en las que se trataron cuestiones referidas al diseño de barcos, equipos, etc.,

La Conferencia Internacional de Salvamento Marítimo de Goteborg, presidida por el Capitán H. Hansson, donde asistieron 92 delegados pertenecientes a 25 Estados<sup>835</sup>, retoma de nuevo el tema de la protección de los barcos de salvamento en periodos de conflicto bélico, ya que trató sobre los problemas técnicos asociados con la identificación de las citadas embarcaciones.

El Capitán Hans Hansson, también presidente de la Sociedad Sueca de Salvamento de Náufragos, y una de las personas que había estudiado tenazmente la situación de los barcos de salvamento en caso de conflicto armado, propugnaba por conseguir una mayor protección de los mismos. Sostenía que el Convenio de Ginebra de 1949 necesitaba ser actualizado para que contemplase las nuevas circunstancias y decisiones que en ese momento promovía la Organización Marítima Internacional (IMO). Esta cuestión fue largamente discutida y para dar soluciones a este planteamiento, se acordó nombrar a un grupo de trabajo formado por representantes de Gran Bretaña, Suecia, Estado Unidos y la Unión Soviética, a fin de discutir con el Comité Internacional de la Cruz Roja

---

<sup>835</sup> Ángel L. Díaz Del Río. Artº de la Revista General de la Marina ya citado. Diciembre 1984. Pág 647.

la búsqueda de una solución, mediante el empleo de la radio y del radar para las comunicaciones e identificación de los barcos de salvamento<sup>836</sup>.

**2.17.1) Reunión del Grupo especial de Trabajo en abril 1984, a propuesta de la XIV ILC:**

El 1 de diciembre de 1984, bajo la presidencia del Capitán Hansson, se reunió en Londres el grupo especial de trabajo. Después de las debatidas consideraciones, se decidió preparar una reunión con el CICR, que tiene lugar en Ginebra, los días 16 y 17 de abril de 1984. A la misma asisten varias representaciones como la de Suecia, España, Reino Unido, Francia, Alemania Federal, los Estados Unidos, Suiza, el CICR, el IMO, y el ITU.

El Grupo de Trabajo llegó a preparar las propuestas siguientes:

1. Las embarcaciones utilizadas por los estados o por instituciones de salvamento oficialmente reconocidas en operaciones de búsqueda y rescate, de acuerdo con el artículo 27 del Segundo Convenio de Ginebra, se conocerán como "Barcos de Salvamento" con independencia de su tamaño o distancia a la que operen.
2. Estos barcos, para ser respetados y protegidos no precisarán limitar su acción a operaciones costeras.
3. Las tripulaciones serán, igualmente, respetadas y protegidas.
4. Los trabajos realizados en su mayoría por la OMI y la UIT se han referido a los transportes sanitarios, cuya

---

<sup>836</sup> XV Conferencia Internacional de Salvamento de Náufragos. ILC. La Coruña 1-6 junio de 1987. Editado por Cruz Roja Española.

definición sola está contenida en el Protocolo I de 1977 del Convenio de Ginebra de 1949.

Se recomienda que el CICR llame la atención de los Estados sobre aquellos aspectos que todavía no están contenidos en los Protocolos y que afectan a los barcos de salvamento.

5. Es necesario asegurar que los barcos de salvamento gocen de la misma protección que los transportes sanitarios.

#### **2.18) Reunión de Expertos Navales Gubernamentales en Ginebra en 1986:**

Las propuestas antes expuestas del Grupo de Trabajo de 1984, fueron consideradas en una Reunión de Expertos Navales Gubernamentales, convocada por el CICR, en Ginebra en enero de 1986.

Los temas relacionados con los métodos de identificación y de señalamiento de los medios de transporte protegidos por el II Convenio de Ginebra de 1949, que iban a ser objeto de examen en esta Reunión, serían entre otros, los siguientes<sup>837</sup>:

1º) Utilización de los medios técnicos de señalamiento y de identificación: Radio, radar y acústica submarina. Se recomendaría la utilización de las radiocomunicaciones,

---

<sup>837</sup> Archivo del CICR de Ginebra. Informe del CICR de 2-12-1985, de la Reunión de Expertos técnicos navales gubernamentales en Ginebra del 13 al 17 de enero de 1986 (temas que se examinarán y soluciones propuestas relativos a los métodos de identificación y de señalamiento de los medios de transporte protegidos por el II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949)



según lo previsto en el Reglamento de la UIT y en el capítulo XIV del Código Internacional de Señales, así como por lo previsto por la OACI, con respecto al señalamiento y a la identificación en conflicto bélico.

2°) Notificación de los Planes de Vuelo de aeronaves sanitarias desde barcos hospitales, proponiéndose planes de vuelo simplificados y que los barcos hospitales los transmitan.

3°) Señal luminosa de los barcos hospitales, de los barcos de salvamento y de las aeronaves sanitarias. Se propone para los barcos que estén iluminados y una luz centelleante delante del mástil. Para las aeronaves, deben de volar con luces encendidas, incluidas las de aterrizaje y si es posible con la luz centelleante, que debe tener unas características para su identificación.

4°) Operaciones SAR (Búsqueda y Salvamento). Estas son promulgadas por UIT, OACI y OMI para tiempo de paz. El artículo 18 del II Convenio de 1949, aunque prevé tras el combate que se evacuen los heridos y enfermos, nada establece sobre los medios de identificación y comunicaciones. Por ello, se proponía que las normas SAR, se extendiesen a las operaciones SAR en conflicto armado.

5°) Identificación, señalamiento y notificación de los barcos costeros de salvamento, pues estas embarcaciones carecían de los mismos. Como antes se señalaba, se aceptaron las propuestas de la XIV "ILC" de 1983.

6°) Seguridad de los Barcos Hospitales y de los Barcos de Salvamento de gran tonelaje, referido a los medios de protección que permitan evitar ataques involuntarios contra algún tipo de arma, como un misil desviado de su

trayectoria, cuestión no recogida en el II Convenio. Se proponía que se incluyeran una serie de sistemas especialmente técnicos.

7°) Zona Neutralizada, para uso temporal, exclusivo de los Barcos Hospitales y de los Barcos Costeros de Salvamento. La solución propuesta, correspondía a que se designase durante el periodo de conflicto bélico, una zona neutralizada en el mar para los citados barcos. En esta zona se utilizaría las radiocomunicaciones de los Barcos Hospitales.

8°) Notificación de los Barcos Hospitales y de los Barcos Costeros de Salvamento. Se debería de agilizar el plazo previsto de 10 días, en el más breve plazo, pudiéndose ser de tres días.

9°) Identificación del signo distintivo rojo sobre fondo blanco por infrarrojos. Esta solución facilitaba enormemente la identificación, pues una capa de pintura negra debajo de la pintura roja, para mantener el contraste oscuro-claro, demostraba la eficacia en la observación electro óptica activa y en la fotografía por infrarrojos.

Se acordó que las propuesta de este Grupo de Expertos Técnicos Navales Gubernamentales, fuesen remitidas a la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja, que se iba a celebrar en Ginebra en octubre del mismo año.

## **2.19) La XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra de 1986.-**

En octubre de 1986 se celebra esta Conferencia, en la que se presentan las propuestas del Grupo Especial de Trabajo que creó la XIV ILC de 1983, las cuales previamente fueron estudiadas por Expertos Navales Gubernamentales.

De esta Conferencia cabe destacar, el interés por dar respuestas técnicas para mejorar la seguridad de las actividades humanitarias por los transportes sanitarios en los conflictos armados, especialmente en el ámbito marítimo.

En base a las citadas posibilidades técnicas para la mejora de la protección, y del informe remitido por el CICR, relativo a las acciones tomadas de conformidad con la Resolución VIII de la XXIV Conferencia, se insta a aprovechar las ventajas que ofrece el desarrollo tecnológico, e invita a los gobiernos a considerar las propuestas de la International Lifeboat Conference.

También se invoca expresamente al artículo 43 del II Convenio de Ginebra de 1949, en referencia a la identificación de barcos Hospitales y barcos de Salvamento. Y se reconoce la necesidad de continuar los esfuerzos para asegurar que los medios de identificación y señalización de los transportes sean conformes a los avances técnicos.

Por otra parte, admite a los efectos de considerar, la propuesta presentada por el CICR referente a de elaborar, en colaboración con expertos navales gubernamentales, un

manual técnico para facilitar la aplicación práctica del Segundo Convenio de Ginebra<sup>838</sup>.

A la vista de lo expuesto anteriormente se puede concluir que la XXV CFICR contiene varios elementos importantes. Reconoce la necesidad de continuar los esfuerzos para adaptar las señales y medios de identificación a los avances técnicos; aprueba las acciones tomadas por las Organizaciones Internacionales UIT, OMI y OACI, y hace referencia al Artículo 43 del Segundo Convenio de Ginebra, cuyo último párrafo recomienda el empleo de métodos de identificación modernos.

También se destaca de sus resoluciones, que las propuestas de la ILC deben ser reconocidas.

En cuanto a la Reunión de Expertos Navales Gubernamentales organizada por el CICR, se puso de manifiesto el temor al riesgo de confusión entre los barcos de salvamento y ciertos barcos de guerra. Se aducía que el barco de salvamento debe ser tratado con la mayor precaución, ya que las lanchas porta misiles pueden tratar de confundirse por su parecido con los barcos de salvamento y atacar objetivos militares. No obstante, para evitar dichas circunstancias están la adopción de medios de identificación y comunicación para los transportes sanitarios, especialmente barcos hospitales, barcos de salvamento y aviones hospitales.

Se aseveraba que para una mayor seguridad de estos transportes, los medios de identificación debían, por lo tanto, estar en relación con el alcance de las armas, ya

---

<sup>838</sup> Archivo del CICR. Ginebra. La Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1986. Servicio de Documentación. Actividad de investigación 2001-2004.

que la identificación visual por sí sola no es suficiente. Por su seguridad, deben utilizar todos los medios de identificación modernos simultáneamente, lo que los haría más identificables.

Como resultado de las conversaciones con el CICR, éste remitió una propuesta en relación con la Sección II del Artículo 40, "Transportes Sanitarios", de la Reglamentación Radio de la ITU, para incorporar lo siguiente:

*"Lo establecido en el N° 3210 será de aplicación de los barcos de salvamento amparados por el Convenio de Ginebra, con la adición del grupo único ZZZ en comunicaciones radiotelegráficas, y de la expresión RESCUE CRAFT, pronunciada en inglés, en comunicaciones radiotelefónicas.*

*Las señales de situación y de identificación emitidas por radiobalizas de cualquier sistema de búsqueda y rescate, incluyendo satélites, pueden utilizarse en operaciones de esta clase realizadas, con el consentimiento de las autoridades competentes, por los transportes sanitarios.*

*La señal emitida por los transponders radar de los barcos deben ser el grupo YYY para los barcos hospitales y el ZZZ para los barcos de salvamento citados en el N° 3210 A".*

Asimismo, de las distintas reuniones mantenidas desde la última Conferencia, ha surgido la necesidad de elaborar un manual para uso de las tripulaciones de los barcos de salvamento en periodos de conflicto armado.

Por último sobre esta Conferencia, cabe reseñar la Resolución VII, en la que se pone de manifiesto, que algunos aspectos del derecho Internacional Humanitario relativos a la guerra en el mar, requieren preafirmación y clarificación sobre la base de los principios fundamentales vigentes del DIH.

#### **2.19.1) El Manual para uso de las Tripulaciones de los Barcos de Salvamento en Conflicto Armado:**

Mr. Philippe Eberlin, del CICR, presentó un manual estableciendo lo que podía considerarse para la protección y reconocimiento de los barcos de salvamento, sus tripulaciones y sus bases. Debido a que solamente 40 países habían ratificado el Protocolo I de 1977 del Convenio de 1949, no fue posible adoptar ciertas normas de la OMI y del UIT, y se decidió elaborar un manual simplificado basado en dicho Convenio y en algunas resoluciones de la International Lifeboat Conference<sup>839</sup>.

El objeto del Manual era la protección de los barcos de salvamento, y establecía para ello una serie de disposiciones relativas a la identificación de los mismos:

-Identificación visual, de forma que ofreciesen la mayor visibilidad posible desde la mar y desde el aire, indicándose el color de las zonas externas (blancas), la ubicación de los emblemas protectores (en costados y superficies) y de la bandera nacional y de Cruz Roja (grandes e izadas en la parte más elevada).

---

<sup>839</sup>XV Conferencia Internacional de Salvamento de Náufragos. ILC. La Coruña 1-6 junio de 1987. Editado por Cruz Roja Española.

-Identificación para navegación nocturna con visibilidad reducida, basada en lo establecido en el Capítulo XIV del Código de Señales de la Organización Marítima Internacional, es decir todos los emblemas distintivos deberían estar iluminados o encendidos, así como todas las luces de cubierta y de costado.

-Identificación por radar y radiotelefónica, realizándose unas recomendaciones relativas a su empleo.

#### 2.20) La XV Conferencia Internacional de Salvamento de Marítimo "ILC" de La Coruña (España) de 1987.-

Después de la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1986, donde se trataron temas específicos sobre la protección de los barcos de salvamento en conflicto armado, se celebra del 1 al 6 de junio en la Coruña la XV "ILC", en la que se abordan de nuevo estas cuestiones.

El Capitán H. Hansson, a la vista de lo desarrollado en la XXV CFICR de 1986, en la que para la protección de los barcos de Salvamento, se invitaba a los gobiernos a considerar las propuestas de la International Lifeboat Conference, en lugar de implementarlas, propuso que se redactase un proyecto de resolución, basado en un documento que sobre este tema presentaba, para que fuese enviado a los Gobiernos, a la UIT, que en septiembre organizaba una Conferencia y a la OMI.

El borrador de dicho texto contenía una honda preocupación porque las normas existentes en ese momento, es decir la II Convención de Ginebra de 1949, para la identificación de los barcos hospitales y de salvamento durante el periodo de un conflicto bélico, ya no eran aceptadas por los Estados firmantes de la misma 38 años después<sup>840</sup>.

Se basaba en que si estas normas, se habían firmado de buena fe, pues también se podían aceptar las nueva normas de identificación elaboradas por la OMI, UIT, que fueron tratadas en la ILC y firmadas de buena fe, para ser aplicadas hasta el momento en que se encontrase un mejor medio de identificación.

El Capitán H. Hansson planteó que se creara una comisión compuesta por representantes del Reino Unido, Suecia, los Estados Unidos, la Unión Soviética y la OMI, para que se redactase el proyecto de resolución.

LA XV Conferencia adoptó, para la mejora de la protección de las embarcaciones de salvamento con base en tierra durante periodos de conflicto armado, la siguiente Resolución<sup>841</sup>:

-Aceptar y aprobar el informe de las acciones llevadas a cabo por el grupo de trabajo de la ILC, para buscar una solución a los problemas relacionados con la mejora de la protección de las citadas embarcaciones de salvamento.

---

<sup>840</sup> Resumen de Ponencias presentadas en la XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos. Cruz Roja Española. Junio 1987

<sup>841</sup> Informe de la Cruz Roja Española de 8 de julio de 1987 a los titulares de los Ministerios de Transportes, Turismo y Comunicaciones, y Asuntos Exteriores, de la aprobación por la XV "ILC", celebrada en la Coruña en junio de 1987, de una ponencia y una Resolución sobre la aplicación de los Convenios de Ginebra de 1949, para mejorar la protección de las embarcaciones de Salvamento con base en tierra, en los conflictos armados.



-Urgir a los respectivos Gobiernos Nacionales para que apoyen las enmiendas al artículo 40 Sección II "Transportes Médicos" del Reglamento Radio de la UIT, para que se tenga en cuenta la identificación de barcos hospitales y embarcaciones de salvamento, cuando el asunto se trate en la World Administrativa Radio Conferece for Mobile Services (MWARC-87), que tendrá lugar en Ginebra en septiembre de 1987.

En otro orden de cuestiones, la XV Conferencia "ILC", acordó una serie de recomendaciones, referente a los intercambios de información entre las organizaciones de salvamento, y la adopción de la denominación de "Internacional Lifeboat Federation", quedando el término "Internacional Lifeboat Conference", para referirse para las que tienen lugar cada cuatro años<sup>842</sup>.

**2.21) Las Actividades de las Organizaciones Internacionales (OMI, UIT Y OACI) respecto de los Medios de Identificación hasta 1988: El uso de señales visuales de identificación (1-1-86); CAMR-87; la Conferencia Plenipotenciaria de Niza, 1988; y Aprobación de Luces Azules por OACI 1987.**

**2.21.1) Organización Marítima Internacional (OMI):**

La OMI fue la Organización Internacional que de inmediato aplicó la resolución XVIII que le destinó la Conferencia Diplomática de Ginebra de 1974-1977, referente al uso de

---

<sup>842</sup> XV Conferencia Internacional de Salvamento de Náufragos. ILC. La Coruña 1-6 junio de 1987. Editado por Cruz Roja Española.

señales visuales de identificación de los medios de transporte sanitarios protegidos por los Convenios de Ginebra, puesto que, ya en 1978, se introdujeron disposiciones relativas a la identificación de buques sanitarios en el Código Internacional de Señales (Capítulo XIV: "Identificación de los transportes sanitarios en los conflictos armados e identificación permanente de los barcos de salvamento"). Dichas enmiendas entraron en vigor el 1 de enero de 1986<sup>843</sup>.

#### **2.21.2) Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) y la CAMR-87, y la Conferencia Plenipotenciaria de Niza, 1988:**

2.21.2.1) La Conferencia Administrativa Mundial de Radiocomunicaciones para los Servicios Móviles (CAMR Mov-87):

Esta Conferencia se celebró en 1987, mediante el protectorado de la UIT, en la tomó parte activa el CICR, participando tanto en las reuniones preparatorias como en la propia Conferencia.

La Conferencia tomó varias decisiones, entre ellas, acordó incorporar íntegramente en el nuevo Reglamento de Radiocomunicaciones, las disposiciones del antiguo sobre los sistemas de radio, que contribuían a la protección de los medios de transporte sanitarios. Por lo tanto se incluyeron en el nuevo Reglamento, en el artículo N40 ubicado en la Sección III, las disposiciones, que figuraban en el artículo 40, encuadrado en la Sección II, referida a los Transportes sanitarios.

---

<sup>843</sup> Archivo de documentación del CICR de Ginebra. Actividad de investigación 2001-2004. La XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja Identificación de los medios de transporte sanitarios.

Otro de los temas que se abordaron, correspondió la identificación y la localización de las embarcaciones especiales, así como los transportes sanitarios. Se aprobó la Recomendación n° 14, por la que se realizaría a través de respondedores radar marítimo normalizados, solicitándose al Comité Consultivo Internacional de Radiocomunicaciones (CCIR) (denominado, desde 1944, Oficina de Radiocomunicaciones que estudiase dicha cuestión.

También, se solicitó al Consejo Administrativo de la UIT que incluyan la Recomendación en el orden del día de la siguiente CAMR competente, para que fuese estudiada y en su caso, se modificase el Reglamento de Radiocomunicaciones.

En el transcurso de sus trabajos, la Oficina de Radiocomunicaciones, redactó y aprobó dos recomendaciones, las n°493 y la n°825. La primera, correspondiente a un sistema de llamada selectiva numérica para utilización en el servicio móvil marítimo. La segunda, sobre características técnicas de un sistema respondedor con técnicas de llamada selectiva numérica para utilización en los sistemas de control del tráfico marítimo y de identificación de buque a buque, en las que se prevé la utilización, de un código específico y exclusivo para los transportes sanitarios protegidos. Cuestión ésta, que fue solicitada por el CICR<sup>844</sup>.

---

<sup>844</sup>Archivo de documentación del CICR de Ginebra. Actividad de investigación 2001-2004. La XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja Identificación de los medios de transporte sanitarios.

2.21.2.2) La Conferencia Plenipotenciaria de la UIT de Niza, 1988:

En la Conferencia Plenipotenciaria de la UIT (Niza, 1988), se aprobó una resolución en la que se solicitaba a la UIT que iniciara la revisión del Reglamento de Radiocomunicaciones. Para el cumplimiento de este objetivo se creó un Grupo de Expertos, entre los que se incluía el CICR. Este Grupo que se reuniría posteriormente en varias ocasiones, trató de modificar e incluso de suprimir las disposiciones de los artículos 40 y N40, o trasladarlas a un documento sin valor de tratado internacional. Lo mismo ocurrió con las resoluciones X y XVIII. El CICR, intervino en varias ocasiones para reunir en un documento con valor de tratado internacional las disposiciones relativas a los transportes sanitarios, así como las resoluciones pertinentes.

**2.21.3) Organización de Aviación Civil Internacional (OACI):**

La Comisión de Tráfico Aéreo de la OACI aprobó, el 15 de diciembre de 1987, las disposiciones relativas a la utilización de luces azules con destello para mejorar la protección y la identificación de las aeronaves sanitarias.

En diciembre de 1988, la OACI, con la conformidad de los Estados concernidos, dio su aquiescencia para que el CICR utilizase un código de radar específico a fin de identificar y de señalar los aviones que realizaban operaciones de repatriación de prisioneros de guerra, de heridos y de enfermos capturados en el conflicto irano-irakí.

**2.22) Reuniones de Expertos Técnicos Navales en San Remo 1987; Madrid 1988 y Bochum 1989, Previas a la Elaboración del Manual de San Remo de 1994.-**

**2.22.1) Mesa Redonda de Expertos en Derecho Internacional Humanitario en los Conflictos Armados en el Mar, San Remo 1987.**

Para que fuese realidad el Manual de San Remo de 1994, tuvo que haber previamente un conjunto de personas especialistas que con sus conocimientos técnicos, estudios, propuestas y conclusiones, sirvieran de base para el alumbramiento de dicha obra.

El tiempo que tardó en elaborarse el Manual fue de seis años, a partir de la Mesa Redonda de Expertos de derecho Internacional Humanitario, aplicable a los conflictos armados en el Mar, convocada por el Instituto Internacional de Derecho Humanitario de San Remo, y organizada en Madrid del 26 al 29 de septiembre de 1988, por el Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario de Cruz Roja Española.

Previamente en 1987 se iniciaron una serie de reuniones anuales convocadas por el citado Instituto Internacional de Derecho Humanitario de San Remo, en colaboración con otras Instituciones, como la Universidades de Pisa y Syracuse (New York).

Del 15 al 17 de junio del citado año 1987, se reunió un Grupo de Expertos en San Remo, los cuales advirtieron que reconocían la relevancia de los principios de derecho

internacional humanitario aplicable a los conflictos armados en el mar, y se pronunciaban que en el caso de que las normas legales explícitas no cubriesen algún tipo de situación, las partes se deberían comprometer a observar las pautas y reglas que se recogiesen en un manual elaborado por expertos, así como por lo dictado por la propia conciencia pública.

Tras los estudios y recomendaciones sobre los conflictos armados en el mar, realizados por las Naciones Unidas y la Conferencia Intencional de la Cruz Roja y Media Luna Roja, era necesario la diseminación de los resultados del CICR y otros organismos para la elaboración de trabajos relativos a la identificación técnica, a fin de mejorar la protección de los barcos hospitales.

Por ello se decidió abordar una serie de temas sobre la regulación de los conflictos armados en el mar, a fin de que se tuvieran en cuenta, y entre ellos se trataría la neutralización de zonas, señalización de los barcos hospitales, identificación y protección de los barcos y aeronaves sanitarios.

Ello iba a suponer el despegue definitivo que tendría su continuidad en las siguientes reuniones de expertos internacionales. Estas que estarían compuestas por un grupo de juristas, personal gubernamental, académicos y expertos navales, procedentes de veinticuatro países, que participarían a título personal en una serie de mesas redondas, convocadas por el Instituto Internacional de Derecho Humanitario.

**2.22.2) Mesa Redonda de Expertos de derecho Internacional Humanitario, aplicable a los conflictos armados en el Mar, Madrid 1988.**

Esta fue la segunda reunión, que se convocó del 26 al 29 de septiembre de 1988 en Madrid, organizada por el Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario de Cruz Roja Española. La Mesa estuvo codirigida por el Director de este Centro, General José Luis Fernández-Flores, y el Director del Instituto Internacional de Derecho Humanitario de San Remo, Profesor Jovica Patrnogic. Estaban presentes como participantes otras personas de reconocido prestigio internacional por expertos en los temas que se iba a tratar: Por España, Coronel Ángel Díaz del Río, Coronel José Luis Rodríguez-Villasante, Profesor Manuel Pérez González, Manuel Antón Ayllón, Secretario del CEDIH; por Italia, Ugo Genesio secretario del IIDH de San Remo; ICRC, Louisette Doswald-Beck; Gran Bretaña, Capitán Jonathan Langdon; USA, John Crabb; Rep Fed. de Alemania, Dieter Fleck, Horst Fischer; Canada, William Fenrick; y Argelia Mustapha Mehedi, entre otros<sup>845</sup>.

Los temas que se trataron correspondieron a "el Derecho de la Guerra en el Mar hoy"; "Derecho aplicable en la cuestión de los bloqueos después de la adopción del Protocolo I, adicional a los Convenios de Ginebra de 1949"; y "Consecuencias legales que se derivan de las Zonas de Exclusión".

---

<sup>845</sup> Archivo Cruz Roja Española. Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario, aplicable en los conflictos armados en el Mar. Madrid. 26-29 septiembre 1988, y datos recogidos como participante con la Delegación de Cruz Roja Española.

Respecto a los transportes sanitarios marítimos en conflicto armado, se realizaron una serie de exposiciones y propuestas. Dieter Fleck<sup>846</sup>, señaló que la notificación de 10 días que establece el artículo 22 del Convenio de Ginebra de 1949, antes del empleo del barco hospital, era algo excesivo, promoviendo que se hiciera dicha notificación en tiempo de paz. El profesor Pérez González, se refería a la utilización de minas en caso de conflicto armado, señalando que la Convención de la Haya de 1907 se limitaba a reglamentar y limitar la utilización de minas automáticas, amarradas y no amarradas, sin indicarse su ubicación, por ello y en aras del peligro que ello podía transgredir a la navegación mercante, y aquí se podría ampliar a los barcos hospitales o barcos costeros de salvamento, propone un proceso de codificación, prohibiéndose su colocación por los beligerantes en aguas internacionales<sup>847</sup>.

El Coronel Rodríguez-Villasante, en referencia a las acciones de socorro a favor de la población civil y el bloqueo naval, señala como excepciones a un bloqueo, el paso de alimentos y medicinas destinadas a los niños, ancianos y enfermos. Por tanto se puede establecer que los barcos que transporten este tipo de mercancías, tendrán el derecho de paso, no pudiéndoles impedir las acciones de socorro a los puertos y litoral bloqueado (artº 70 IV

---

<sup>846</sup> Dieter Fleck. Ponencia "Derecho de la guerra en el mar hoy: contenidos, restricciones, lagunas".

Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario, aplicable en los conflictos armados en el Mar. Madrid. 26-29 septiembre 1988.

<sup>847</sup> Profesor Manuel Pérez González. Ponencia "Observaciones en torno al nuevo derecho del Mar en relación con los conflictos armados internacionales". Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario, aplicable en los conflictos armados en el Mar. Madrid. 26-29 septiembre 1988. Actualmente es Director Técnico del Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario - CEDIH-, de Cruz Roja Española, y catedrático de Derecho Internacional Público de la Universidad Complutense de Madrid.



Convenio de Ginebra de 1949). Por otra parte, y en la misma línea de lo anterior, el Coronel Rodríguez-Villasante<sup>848</sup> matiza que los barcos que trasladen material sanitario, destinado a heridos y enfermos militares, deberán serles permitido el paso ( artº 23 y 59 del IV Convenio de Ginebra de 1949, y 18, 22 y siguientes del II Convenio).

El Capitán J.B.R.L. Langdon<sup>849</sup>, se refirió a las zonas de la Cruz Roja (Cajas de la Cruz Roja), como muy útiles, en la práctica humanitaria en el conflicto de las Malvinas, proponiendo que se considerase conveniente su puesta en marcha a iniciativa de los mandos locales, en cualquier actuación de las Convenciones de Ginebra. Por otra parte, también expuso la problemática de la identificación de los transportes médicos, actualmente insuficiente, pero anunciaba que el ICRC, estaba preparando un borrador de Manual al efecto. Por último, el Capitán Langdon manifestó que los códigos secretos en los Transportes Médicos estaban prohibidos por el artículo 34 de la II Convención de Ginebra, cuestión que ya no tenía sentido en ese momento, pues se había convertido su finalidad original en sentido contrario a los intereses de los heridos y enfermos.

El CICR había preparado en los seminarios de San Remo de 1987 y Brest de 1988, un relación de cuestiones de importante actualidad, relativas al derecho de la guerra en

---

<sup>848</sup> Doctor José Luis Rodríguez-Villasante. Ponencia sobre Normas Aplicables en materia de Bloqueo Marítimo, después de la adopción del protocolo I Adicional de 1977. Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario aplicable en los Conflictos Armados en el Mar. Madrid, 26-29 de septiembre de 1988. Actualmente tiene grado de General togado y es Director del Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario -CEDIH-, de Cruz Roja Española.

<sup>849</sup> J.B.R.L. Langdon. Ponencia "EL Derecho de la Guerra en el Mar. Comentarios sobre algunos aspectos actuales de su contenido, límites y lagunas". Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario aplicable en los Conflictos Armados en el Mar. Madrid, 26-29 de septiembre de 1988.

el mar. Se impulsaba un plan de acción desde 1989 a 1992. De la lista de temas presentados en la Reunión de Madrid, cabe reseñar, que la misma estaba dividida en dos partes, una sobre aspectos generales del derecho de los conflictos armados en el mar, y otra correspondiente al de Identificación y Señalización. Respecto a esta última parte y referido expresamente al transporte sanitario marítimo y aéreo son las siguientes:

- Resultados dados a las Resoluciones XVII y XIX de la Conferencia Diplomática de 1974-1977, por las que organizaciones internacionales (UIT, OMI y OACI) habían emprendido importantes trabajos de identificación y señalamiento de embarcaciones protegidas, siendo de interés vigilar y difundir lo más posible los procedimientos y sistemas escogidos.
- Atribución de códigos radar para los medios de transporte protegidos (tratando de conseguir una asignación más rápida).
- Utilización en tiempos de guerra de los procedimientos previstos para los tiempos de paz, debiendo definir cuales de entre los existentes (procedimiento SAR, sistemas Corpas/SARSAT, Inmarsat, etc.,) quedarían utilizables en periodo de conflicto.
- Plazo de notificación de embarcaciones protegidas, de 10 días antes de su uso (artº 22, II Convenio), podría reducirse, promoviendo a las partes beligerantes que redujeran dicho plazo por medio de acuerdos especiales.
- Señalización luminosa de los barcos protegidos, recomendándose una luz azul centelleante ubicadas al frente del mástil (Solo se prevé la recomendación de este tipo de luz en las aeronaves sanitarias, artº 6, Anexo I, Protocolo I).

- Identificación Acústica Submarina, impulsando la adaptación de dispositivos de identificación existentes y desarrollo de nuevos tipos para barcos protegidos por los Convenios de Ginebra de 1949.
- Seguridad en las embarcaciones con dicha protección, al objeto de instalarse equipos que pudieran desviar la trayectoria de un posible misil.
- Protección de barcos que transportan material sanitario, que previstos en la II Convención (artº 38) no dispone de medios de identificación, por lo que se debería acordar el derecho a incorporar el emblema, así como a utilizar las señales distintivas existentes.
- Protección de barcos de salvamento costeros, a los que se le debería conceder el uso de identificación específico, semejante a los propuestos por la ILC (prefijo radio Rescue-Craft, identificación por radar, y luces azules).
- Protección de aeronaves sanitarias que obran a partir de barcos hospitales, pues la II Convención (artº 39) prevé la notificación de vuelos de aeronaves sanitarias en tierra, pero no establece nada sobre aeronaves estacionadas a bordo de barcos hospitales, como los helicópteros. Para ello se recomienda unos planes de vuelo simplificados.
- Acuerdos locales para operaciones de salvamento (operación SAR), las organizaciones UIT, OMI, y OACI, han promulgado prescripciones concernientes a las operaciones de búsqueda y salvamento en tiempo de paz. Sería de interés que se extendiese en tiempo de guerra esas disposiciones y prever procedimientos que permitan a los beligerantes concluir rápidamente acuerdos ad hoc.

- Zona Marítima neutralizada "Red Cross Box", la cual no se establece en la II Convención de 1949, a diferencia de la I y IV, que sí lo disponen. Se debería de recomendar el establecimiento de dichas zonas sobre la base del artículo 6 del II Convenio de Ginebra y prever procedimientos que permitan una rápida utilización.

Posteriormente a la Reunión de Expertos de Madrid de 1988, se daba cita a la próxima Mesa Redonda que tendría lugar en Bochum, en noviembre de 1989.

**2.22.3) Mesa Redonda de Expertos de derecho Internacional Humanitario, aplicable a los conflictos armados en el Mar, Bouchon 1989.**

En noviembre de 1989 se dan cita de nuevo los Expertos a una nueva Mesa Redonda, en este caso, en Bouchon, donde se abordan los resultados de la reunión de Madrid del anterior año 1988.

La nueva Mesa Redonda, va a trabajar sobre el tema del Principio de Distinción en los Conflictos Armados, estructurándolo de la forma siguiente<sup>850</sup>:

Reglas básicas, navíos enemigos protegidos, aviación enemiga protegida, navíos mercantes de estados neutrales o terceros que no sean parte en el conflicto, navíos

---

<sup>850</sup> Archivo de documentación del CICR. Ginebra. Mesa Redonda de Expertos en Derecho Internacional humanitario aplicable a los conflictos armados en el mar. Bouchon-1989-

mercantes enemigos y barcos de guerra enemigos y aeronaves militares.

La parte consistente en "Reglas Básicas", fue tratada esencialmente, sobre la distinción entre civiles y otras personas protegidas y los combatientes, y entre objetivos civiles y objetivos militares.

Respecto a los transportes sanitarios marítimos y aéreos y su protección en los conflictos armados, fue abordada a través de los temas correspondientes a "navíos enemigos protegidos" y "aviación enemiga protegida".

En cuanto los Navíos Enemigos Protegidos, se expuso una relación de los mismos, que entre otros, los que cabe distinguir por sus características como transporte sanitario son los siguientes:

- A) Los barcos hospital, las pequeñas embarcaciones utilizadas para operaciones de rescate costero y para transportes médicos (por ejemplo, aquellos protegidos de acuerdo a la Segunda Convención de Ginebra de 1949 y en el Protocolo Adicional I de 1977).
- B) Las embarcaciones que se encuentre implicadas en misiones humanitarias, es decir, navíos comprometidos en acciones de auxilio, en operaciones de rescate, y aquellos que estén transportando productos indispensables para la supervivencia de la población civil. (Protegidos de acuerdo al derecho consuetudinario vigente).

C) Las lanchas y barcas salvavidas (protegidas de acuerdo al derecho consuetudinario vigente).

Una vez establecido los barcos de los beligerantes que van a tener protección, se dispone de las condiciones que se les va exigir para gozar de dicha inmunidad, las cuales corresponde a que:

A) Se utilicen de manera inocente en sus funciones normales y habituales,

B) No participen en la comisión de actos perjudiciales para el enemigo,

C) Se sometan a identificación e inspección cuando así se les requiera para que lo hagan.

D) No impidan de forma intencional los movimientos de los combatientes y obedezcan las órdenes para que se detengan o para que se aparten de una ruta, cuando así se les requiera para que lo hagan.

Por otra parte, para despejar las situaciones de duda, sobre si una embarcación está siendo utilizada para llevar a cabo una contribución efectiva respecto a la acción militar, se tendrá en cuenta, que deberá establecerse la presunción de que no está siendo utilizado para la misma. Por otra parte, los Barcos Hospital, las Embarcaciones de Rescate Costero y los Transportes Médicos están específicamente protegidos de acuerdo a la Segunda Convención de Ginebra de 1949, y al Protocolo Adicional I de 1977.

Estas embarcaciones, no obstante podrán perder la protección citada, cuando se den las circunstancias siguientes:

A) La protección de los barcos hospital puede cesar sólo por causa de que se incumpla una de las condiciones de protección y, en tal caso, sólo una vez que se haya dado un aviso adecuado que en cualquier caso y circunstancia debe contener y señalar un plazo de tiempo límite, y una vez que de tal aviso se haya hecho caso omiso.

B) Si tras el debido aviso un barco hospital o cualquier otra embarcación de esta categoría persistiese en la ruptura de alguna condición para su protección, será susceptible de poder ser capturado o de poder ser sometido a cualquier otra medida necesaria para que se obligue al cumplimiento.

C) Si no fuese factible la captura, el barco hospital o cualquier otra embarcación de esta categoría sólo podrá ser atacada como último recurso si:

a) Ningún otro método fuese posible para poder obligar al cumplimiento de la ley y

b) Las circunstancias del no cumplimiento fuesen suficientemente graves, de manera que el barco hospital se hubiese convertido, o hubiese que asumir que se habría convertido en un objetivo militar y

c) Los daños colaterales no fuesen desproporcionados respecto al a ventaja militar que se pudiese adquirir o que se hubiese logrado.

A continuación se va a tratar la Aviación Enemiga Protegida, de la cual se expondrá aquellas cuestiones relativas a los tipos de aeronaves que van a estar protegidas, las condiciones para mantener dicha protección

y cuando la pierden, especialmente de las pertenecientes al transporte sanitario.

La aviación de la parte beligerante que podrá quedar protegida serán aquellas aeronaves médicas (por ejemplo, aquellas protegidas de acuerdo a las Convenciones de Ginebra de 1949 y al Protocolo adicional I de 1977).

Para mantener las condiciones de protección, las aeronaves se utilizarían de forma inocente en sus funciones normales, así como no impedirían de forma intencional los movimientos de los combatientes, y deberían respetar las instrucciones relativas a su ruta y altitud, en la medida que esas instrucciones puedan ser cumplidas de forma segura en las circunstancias vigentes en esos instantes.

En caso de situación de duda, respecto si una aeronave protegida estuviese siendo utilizada de forma que contribuyese a otorgar una ventaja efectiva en la acción militar, deberá establecerse la presunción de que no está siendo así.

Cabe señalar que las aeronaves médicas quedan protegidas específicamente a través de las Convenciones de Ginebra y el Protocolo Adicional I de 1977.

Por último en cuanto a la pérdida de protección, cabe señalar que tanto las aeronaves médicas como cualquier otro avión protegido quedarán sometidos a una eventual captura o ataque si incumpliesen con las condiciones para su protección, de acuerdo con lo siguiente:



Una aeronave protegida sólo podrá ser atacada si la captura no fuese factible y

- a. Ningún otro método estuviese disponible para cumplir lo dispuesto por la ley y
- b. Las circunstancias del incumplimiento fuesen lo suficientemente graves para que la aeronave pudiese convertirse, o presumirlo, en un objetivo militar y
- c. Los daños colaterales no fuesen desproporcionados con la ventaja militar adquirida o presumible.

Posteriormente, tras esta Mesa Redonda de Expertos se celebraron reuniones en Toulón, Bergen, Ottawa, Ginebra y, por último, Livorno.

**2.23) Actividades del CICR y su impulso en pro de los Medios Técnicos de Señalamiento y de Identificación hasta 1990, y El Manual para la Utilización de Medios Técnicos de señalamiento y de identificación de 1990.-**

**2.23.1) Las Actividades del CICR y su Impulso en pro de los Medios Técnicos de Señalamiento y de Identificación hasta 1990.-**

En la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1986, se le encomendó al CICR que continuase hasta la próxima CFICR, ocupándose de los temas que quedaron

dispuestos en la Resolución III, correspondientes a una consulta de expertos, en base a los progresos técnicos, en los límites del II Convenio; examen por los gobiernos de las propuestas presentadas por la ILC, y elaboración mediante consultas con expertos navales gubernamentales de un Manual técnico para facilitar la aplicación práctica del II Convenio de Ginebra de 1949.

A partir de 1986, el CICR llevó a cabo labores sobre el procedimiento de revisión del Anexo I del Protocolo I, así como la relación con las diversas organizaciones internacionales y realización de proyectos específicos para mejorar el señalamiento de los medios de transporte protegidos por los Convenios de Ginebra.

El CICR participó activamente en las discusiones y trabajos correspondientes a las organizaciones internacionales especializadas, lo cual ha quedado acreditado en los epígrafes precedentes. No obstante el CICR emprendió otras actividades, por iniciativa propia, especialmente con trabajos relacionados con la identificación, así como con la participación en pruebas relativas a la identificación acústica submarina y la realización de pruebas marítimas y aéreas sobre la visibilidad de los signos distintivos de los medios de transporte protegidos, tanto en espectro visible como en el de rayos infrarrojos térmicos.

En cuanto a las pruebas de identificación acústica submarina, estas se realizaron en alta mar, quedando ampliamente demostrada la eficacia de los dispositivos.

Otras pruebas, aparte de las realizadas en el ámbito terrestre, fueron las llevadas a cabo también en el mar, asistido por la Royal National Lifeboat Institution de Gran

Bretaña y el Bundesamt für Seeschifffahrt und Hydrographie (República Federal de Alemania). El objetivo era comprobar la eficacia de ciertos medios tradicionales de identificación (banderas, dorsales, etc.) frente a medios de combate modernos, así como probar algunos medios modernos de identificación visual, particularmente los distintos tipos de luces azules para utilización aeronáutica o marítima. Los resultados fueron muy satisfactorios, aunque el alto coste ensombreció su resultado, especialmente por los gastos del material aeronáutico.

El CICR realizó también pruebas con materiales que posibilitan la visibilidad del signo distintivo cuando se utilizase dispositivos de observación o de mira mediante rayos infrarrojos térmicos, cuestión bastante usual<sup>851</sup>.

El resultado de estas pruebas evidenció la insuficiencia de los medios tradicionales para la identificación y para el señalamiento de las personas y de las instalaciones protegidas por las normas de derecho internacional humanitario. Quedó también demostrada la eficacia de ciertos medios modernos de señalamiento. Asimismo, el CICR pudo recabar considerable información técnica y científica de gran interés.

#### **2.23.2) El Manual para la Utilización de Medios Técnicos de señalamiento y de identificación de 1990.-**

El CICR llevando a efecto el cumplimiento de la misión encomendada por la XXV CICR de 1986, elaboró un proyecto de manual técnico que fue presentado a varios expertos

---

<sup>851</sup> Archivo de documentación del CICR de Ginebra. XXVI CFICR, 3-5 de diciembre de 1995. Identificación de los medios de transporte sanitarios. Documento elaborado por el CICR. Junio 1995

navales. Dicho proyecto se hizo realidad en 1990, cuando fue publicado el "Manuel pour l'utilisation des moyens techniques de signalisation et d'identification"<sup>852</sup>, en el que se integraron debidamente las observaciones y los comentarios de dichos expertos. En dicha obra se agrupan todas las disposiciones relativas hasta ese momento, sobre la identificación de los medios de transporte protegidos por el II Convenio de Ginebra de 1949.

El CICR continuará su largo recorrido lleno de actividad en pro del DIH, le esperaba una nueva reunión de expertos que convocaría hacia la nueva Conferencia Internacional de la Cruz Roja que tendría lugar en Ginebra en 1995, donde le esperaba otra variada y amplio abanico de actividades

## **2.24) Reunión de Expertos 1990 y Anexo al artículo 98 del Protocolo I de 1993**

### **2.24.1 Reunión de Expertos de 1990.-**

En 1986, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 98 del Protocolo I, el CICR convocó una reunión de expertos técnicos para revisar el Anexo I (Reglamento relativo a la identificación) de dicho Protocolo.

Esta reunión de expertos técnicos se celebró en Ginebra en del 20 al 25 de agosto de 1990. Asistieron 110 expertos gubernamentales y observadores gubernamentales, representantes de 60 Estados Parte de los Convenios de

---

<sup>852</sup> (Manual para la utilización de medios técnicos de señalamiento y de identificación)

Ginebra de 1949. Abrió la Sesión el presidente del CICIR, M. Cornelio Sommaruga, y presidió la Reunión M.Yves Sandoz, director del CICR.

Después de cinco días de examinar en detalle las disposiciones del Anexo I, se propusieron una serie de modificaciones.

Según las disposiciones del artículo 98 del Protocolo I, el CICR solicitó a la Confederación Suiza, Estado depositario de los Convenios de Ginebra y de sus Protocolos adicionales, que iniciara el procedimiento previsto para instar a los Estados a que aprobaran las enmiendas propuestas<sup>853</sup>. El 21 de octubre de 1992, la Confederación Suiza comunicó al CICR que, de los 22 Estados Partes en el Protocolo I que habían respondido, 19 se habían pronunciado a favor de las enmiendas propuestas.

Puesto que más de dos tercios de las Altas Partes Contratantes que respondieron (artículo 98, párrafo 3) se pronunciaron a favor de la aprobación de las enmiendas, éstas se considerarían aceptadas transcurrido un año después de la comunicación oficial hecha por la Confederación Suiza, es decir, a partir del 30 de noviembre de 1992, a no ser que, en ese período, como mínimo un tercio de todas las Partes en el Protocolo I enviara al depositario una declaración de no aceptación de las enmiendas (artículo 98, párrafo 4).

Dicho plazo de un año expiró el 30 de noviembre de 1993, y dado que, en ese período, el depositario no recibió otras

---

<sup>853</sup> Informe sobre los trabajos de la "Reunión d'Experts Techniques", sobre revisión del Anexo I, al Protocolo I de 1977, adicional a los Convenios de Ginebra de 1949. CICIR. Diciembre de 1990. Archivo de documentación del CICR de Ginebra.

declaraciones de no aceptación de las enmiendas, las enmiendas propuestas por los expertos entraron en vigor el 1 de marzo de 1994, para todas las Partes en el Protocolo, exceptuadas las que presentaron reservas de no aceptación. Es el caso de Suecia, que no aceptó el enunciado de los artículos 7 y 8 (antiguos artículos 6 y 7) y de Jordania, que deseaba conservar la forma original del apartado 1 c) del artículo 2 (antiguo artículo 1). Por otra parte, Hungría retiró la reserva que había presentado.

#### **2.24.2) El Anexo I del artículo 98.-**

Este Anexo relativo a las normas de identificación, tiene en cuenta las disposiciones pertinentes de los Convenios de Ginebra y del Protocolo. Su objeto es el de facilitar la identificación, del material, de las unidades, de los medios de transporte y de las instalaciones protegidas en virtud de los Convenios de Ginebra y del Protocolo.

Las normas de este Anexo, no suponen el derecho a la protección, ya que ese derecho se rige por los Convenios de 1949 y el Protocolo de 1977.

Por otra parte, las autoridades competentes van a poder reglamentar, de acuerdo con los Convenios y Protocolo citados, el tiempo de utilización, el despliegue y la iluminación de signos y de señales distintivos, así como los modos de detectarlos.

Este Anexo es una oportunidad, para mejorar los medios de identificación, aprovechando la evolución de la tecnología, y así conseguir una mayor seguridad para la protección de los medios de transporte sanitario, especialmente en el

ámbito marítimo y aéreo, y con ello una mayor garantía para la salvaguarda de las víctimas en los conflictos armados.

El Anexo I, tal como quedó enmendado en 1993, del Protocolo I, titulado "Reglamento relativo a las identificaciones" contiene, como antes se indicaba, reglas técnicas relativas a la señalización y a la identificación:

- del personal, de las unidades y de los medios de transporte sanitarios,
- del personal, y de los medios de transporte y de protección civil,
- de las obras e instalaciones que contengan fuerzas peligrosas, identificables, visualmente, por los signos distintivos que les están exclusivamente reservados, así que por las señales distintivas y los medios técnicos previstos en el Anexo I tal como fue enmendado en 1993.

Estas reglas técnicas son necesarias para la puesta en marcha de las disposiciones previstas en los artículos 18 (identificación), 56 (Protección de las obras e instalaciones que contengan fuerzas peligrosas) y 66 (identificación) del Protocolo I. El anexo I como quedó enmendado en 1993 comprende diecisiete artículos, repartidos en seis capítulos. Algunas de sus disposiciones están vinculadas a las resoluciones 17, 18 y 19 adoptadas en 1977, por la Conferencia diplomática, en su cuarta sesión.

En cuanto a la vigencia del Anexo I, cabe señalar que Cuatro años después de la entrada en vigor del Protocolo y,

posteriormente, en intervalos de al menos de cuatro años, el Comité internacional de la Cruz Roja consultará a las Altas Partes contratantes sobre el asunto del Anexo I y el presente protocolo y, si lo juzga necesario, podrá proponer una reunión de expertos técnicos con vistas a revisar el Anexo I y proponer las enmiendas que parezcan deseables. A menos que en los seis meses siguientes a la comunicación a las Altas Partes contratantes de una proposición relativa a una reunión tal se opongan un tercio de ellas, el Comité internacional de la Cruz Roja convocará esta reunión, a la que invitará igualmente a los observadores de las organizaciones internacionales afectadas.

## **2.25) Manual de San Remo de 1994**

El conflicto de las Malvinas originó la primera operación naval importante desde la Segunda Guerra Mundial y, aunque afortunadamente no comportó graves problemas, planteó importantes cuestiones. Entre otras, se puso de manifiesto que la norma del II Convenio de Ginebra, por la que se prohíbe a los barcos hospitales utilizar un código secreto, restaba eficacia a estos barcos.

El Manual de San Remo se elaboró durante seis años (1988-1994) por un grupo de juristas, personal gubernamental, académicos y expertos navales, procedentes de veinticuatro países.

En 1987 en San Remo se iniciaron una serie de reuniones anuales convocadas por el Instituto Internacional de Derecho Humanitario, en colaboración con otras Instituciones, incluidos el Comité Internacional de la Cruz Roja y varias Sociedades Nacionales. La segunda reunión,



que tuvo lugar en Madrid el año 1988, con la colaboración de la Cruz Roja Española, donde se trazó un Plan de Acción para formular el derecho internacional contemporáneo aplicable a los conflictos armados en el mar. La tercera reunión se llevó acabo en Bouchum (R.F. Alemana) en 1989. Posteriormente, se celebraron reuniones en Toulón (Francia en 1990), en Bergen (Noruega 1991), en Ottawa (Canadá 1992), en Ginebra (Suiza, 1993) y, por último, Livorno (Italia 1994).

Dicho Manual fue aprobado en junio de 1994.

El Manual no es un documento obligatorio ni vinculante en sí mismo para los Estados. No obstante, no cabe duda de que deben ser observadas la mayoría de sus normas, ya que recogen parte del Derecho Consuetudinario o actualizan principios del Derecho Internacional Humanitario universalmente aceptados<sup>854</sup>.

El trabajo del Manual se concentró en determinar cuáles eran los aspectos del contenido actual del derecho consuetudinario sobre los que se estaba de acuerdo, que fueron más numerosos de lo que, en un principio, parecía posible.

Los expertos también trabajaron en propuestas innovadoras para un desarrollo progresivo del derecho. Se debe señalar que, en muchos aspectos, el Manual de San Remo está concebido, deliberadamente, para ser un equivalente moderno del "Oxford Manual" de 1913.

---

<sup>854</sup> José Luis Rodríguez-Villasante. General Consejero Togado. El Manual de San Remo sobre el derecho de la guerra marítima. Revista General de la Marina. Octubre 1996.

En cuanto al contenido, el Manual consta de 183 apartados o párrafos numerados en seis partes<sup>855</sup>:

La Parte I, sobre Disposiciones Generales; Parte II, sobre Zona de Operaciones; Parte III, Normas básicas y distinción entre personas o bienes protegidos y objetivos militares; Parte IV, Métodos y medios de la guerra en la mar; Parte V, Medidas que no constituyen ataque: interceptación, visita, registro, desviación y captura; y Parte VI, correspondiente a las personas protegidas, medios de transporte sanitarios y aeronaves sanitarias.

Los transportes sanitarios marítimos y aéreos, el Manual de San Remo los acomete en diversas partes del mismo, señalándose a continuación su tratamiento al respecto.

En la Parte I, titulada "Disposiciones generales", la sección V, se refiere a las definiciones. Estas sirven para conocer la terminología que va a tratar el Manual, sobre diferentes temas, entre los que se van a incluir el de los transportes sanitarios por agua y por aire. No obstante, los párrafos 13-e, y 13-f, más que definir como tal los términos de BH, BS, TS o AS, cuestión precisada en el Protocolo I, artículo 8 apartados f, g, i, y j, se limita a exponer, qué se entiende por buques hospitales, embarcaciones costeras de salvamento y otros medios de transporte sanitarios, las embarcaciones protegidas por el II Convenio de Ginebra de 1949 y el Protocolo adicional I de 1977; así como las aeronaves sanitarias protegidas por los Convenios de Ginebra de 1949 y el Protocolo adicional I de 1977. Con ello viene a decir lo ya establecido en las

---

<sup>855</sup> Texto Manual de San Remo sobre el Derecho Internacional Aplicable a los conflictos Armados en el Mar. Elaborado por juristas internacionalistas y expertos navales, reunidos bajo los auspicios del Instituto Internacional de Derecho Humanitario. Aprobado en junio de 1994.

normas de derecho Internacional Humanitario, obviando nuevas definiciones, que por otra parte serían innecesarias.

La parte III, contiene una Sección III, titulada "Naves y aeronaves enemigas que gozan de inmunidad contra los ataques", en las que incluye en dicho derecho entre otras, de acuerdo con el párrafo 47, apartados a, b, c-ii, y j, a los buques hospitales, embarcaciones costeras de salvamento, y otros medios de transporte sanitarios, así como naves provistas de salvoconducto, como aquellas destinadas a cumplir misiones humanitarias, las que transportan bienes indispensables para la supervivencia de la población civil y las empleadas en acciones de socorro y operaciones de salvamento. También recoge en dicho precepto a las balsas y los botes salvavidas. En este último caso, cabe reseñar que se especifica más a aquellas embarcaciones auxiliares menores que en el Protocolo I, que solo se refiere a las lanchas de salvamento y pequeñas embarcaciones.

La Parte IV, en su Sección II, se refiere a los métodos de guerra, entre los que incluye la figura del bloqueo. El Manual prohíbe los bloqueos cuya finalidad sea la de padecer hambre a la población civil. El párrafo 104 dispone que la parte bloqueadora debe permitir el paso de los transportes de suministros médicos para la población civil, así como para militares, heridos o enfermos<sup>856</sup>. No obstante dicha permisibilidad estará sujeta a ciertas condiciones como por ejemplo el registro. En este sentido, el Manual de San Remo sigue las mismas directrices que lo establecido por el Convenio IV de Ginebra, y el Protocolo II, en sus

---

<sup>856</sup> Esta tesis fue defendida por el general y profesor Rodríguez-Villasante durante su participación en la Mesa Redonda de Madrid de Expertos de DIH, aplicable a los conflictos armados en el mar, en 1988.

respectivos artículos 23 y 70. Con ello se va a seguir contribuyendo a desviarse del derecho tradicional, pues dichas normas se consideran ya, en general, como parte del derecho internacional consuetudinario.

Se debe señalar que se hace mención a este tipo de transporte por entender, que aunque no suponga una categoría de transporte sanitario, el hecho de que la carga sea de material médico, en sí sanitario, incluso de otras materias que permitan mantener vivas a las víctimas de un conflicto armado que se hallen en un territorio ocupado, puede considerarse que se está ante un transporte sanitario marítimo y aéreo.

La Parte V, Titulada "Medidas que no constituyen ataque: interceptación, visita, registro, desviación y captura", trata en las Secciones IV y V, la captura de naves mercantes, aeronaves civiles enemigas y de mercancías. Los párrafos 136 y 142 excepcionan del citado apresamiento a los barcos y aeronaves siguientes:

A) Buques hospitales y embarcaciones costeras de salvamento. En este caso se sigue la misma pauta de los artículos 22, 24, 25 y 27 del II Convenio de Ginebra de 1949, así como por lo dispuesto por el Protocolo I, artículos 22, 23 y 24, y el Protocolo II, en su artículo 11.

B) Otros medios de transporte sanitarios. En esta excepción se condiciona a que los mismos sean necesarios para los heridos, enfermos y náufragos que se lleven a bordo. Esta estipulación está en consonancia con lo preceptuado en el artículo 23 del Protocolo I, en referencia a otros buques y embarcaciones sanitarios, los cuales estarán sujetos a las leyes de la guerra.

C) Las naves provistas de salvoconducto en virtud de un acuerdo entre las partes beligerantes, como aquellas que cumplen misiones humanitarias, incluidas las que transportan bienes indispensables para la supervivencia de la población civil y las empleadas en acciones de socorro y operaciones de salvamento. Con este párrafo el Manual promueve, no solo que se permita el acceso a los transportes citados, sino que si portan un salvoconducto de las partes beligerantes, obtendrán también la protección de las citadas embarcaciones, incluyéndose las que lleven a efecto misiones de socorro y salvamento.

D) las aeronaves sanitarias y las aeronaves provistas de salvoconducto en virtud de un acuerdo entre las partes en conflicto. Se sigue en este caso lo establecido por los Convenios I (artículos 36 y 37) y II (artículos 39 y 40) de Ginebra de 1949, y los Protocolos I (artículos 24 a 27) y II (artículo 11) de 1977.

La Parte VI se refiere a las personas protegidas, medios de transporte sanitarios y aeronaves sanitarias.

Sobre los medios de transporte sanitarios, cabe señalar que a estos los divide en dos secciones, la II<sup>a</sup>, referida a los transportes por agua, y la III<sup>a</sup> a las aeronaves sanitarias. Podría haberse evitado la citada división, ya que ambos son medios de transporte de acuerdo con lo consagrado por el artículo 8, apartados g, i, y j, del Protocolo I, o en su caso haber titulado cada sección como medio de transporte, una por agua y otra por vía aérea.

La sección II comprende cinco artículos 169 a 173, referidos expresamente a instar a que los buques hospitales y embarcaciones costeras de salvamento usen los medios de identificación establecidos en el Anexo I del Protocolo I

de 1977. Por otra parte, se impulsa a que los Estados cursen la previa notificación con las características de sus buques hospitales, cumpliendo lo ya establecido sobre ello en el CII, artículo 22.

En dicha Sección III, se pretende que los BH se provean de medidas de defensa para su mayor protección. Los párrafos 170 y 171, disponen que dichos buques puedan incorporar para su defensa medios deflexivos como cintas antirradar y señuelos infrarrojos. Esto constituye una novedad, por cuanto hasta la fecha no se había establecido nada al efecto en los Convenios de 1949, ni en los Protocolos, y aunque el Manual de San Remo no es un texto vinculante, propicia la sensibilidad suficiente para que al menos se considere y se obtenga una mayor protección en este tipo de transporte, pues el continuo desarrollo de los medios de combate, lo hacen cada vez más vulnerable.

También impulsa al uso de equipos criptográficos, siempre con autorización, y que en ningún caso sirvan para transmitir información de la que se obtenga alguna ventaja militar.

Por otra parte, la Sección III trata de la regulación de las aeronaves sanitarias, cuestión bastante debatida desde el su primera regulación en 1929, y que hasta la fecha no se ha dado una solución suficientemente satisfactoria. Contiene 10 párrafos, del 174 al 183, en los cuales se señalan los requisitos para realizar su actividad y su protección.

En primer lugar, para la protección y el respeto hacia las citadas aeronaves, se traslada a lo ya establecido por los Convenios de Ginebra de 1949, I y II, artículos 36 y 39<sup>857</sup> respectivamente, sobre el señalamiento del emblema, así

---

<sup>857</sup> Los artículos 36 y 39 de los Convenios I y II de Ginebra de 1949, disponen que las aeronaves sanitarias llevarán ostensiblemente el signo de la cruz roja, media luna roja, y el león y sol rojos, junto a los colores nacionales en sus caras inferior, superior y laterales.

como se insta, a usar en todo momento los medios de identificación establecidos en el Anexo I del Protocolo I de 1977, especialmente para el caso de los medios de transporte por agua.

En segundo lugar, para conseguir que las aeronaves sanitarias sean respetadas y protegidas durante el conflicto armado, se impulsa a que las partes beligerantes, lleven a efecto las notificaciones de los vuelos, remitiéndose con ello a lo establecido en los artículos 37 y 40 de los Convenios I y II de Ginebra de 1949, y a los artículos 25, 26, 27, y 29, del Protocolo I. Por otra parte, las restricciones relativas al uso de las aeronaves sanitarias, señaladas en el párrafo 178<sup>858</sup>, son las mismas que se detallan en el artículo 28 del Protocolo I, al igual que lo referente al aterrizaje e inspección de aeronaves del párrafo 180<sup>859</sup>, que lo establecido en el artículo 30 del Protocolo I.

Respecto al sobrevuelo de una aeronave sanitaria en territorio de un Estado neutral, así como las inspecciones para su control, y actuaciones de las mismas tras su resultado, dispuesto en los párrafos 181, 182 y 183 del Manual, se viene de nuevo a remitir a lo ya establecido en el artículo 31 del Protocolo I, especialmente a que no podrán penetrar en el espacio aéreo neutral, salvo en virtud de un acuerdo previo.

Por último, el párrafo 179 del Manual, trata de la actividad de una aeronave que pueda ser, bien militar o civil, así como parte beligerante o neutral, cuya misión

---

<sup>858</sup> Párrafo 178 del Manual de San Remo: Las aeronaves sanitarias no deben usarse para cometer actos perjudiciales para el enemigo. No llevarán ningún equipo destinado a obtener o transmitir informaciones. No dispondrán de armas, exceptuadas las armas ligeras de autodefensa, y sólo transportarán personal y equipos sanitarios.

<sup>859</sup> Párrafo 180 del Manual de San Remo: Las aeronaves sanitarias que sobrevuelen zonas dominadas de hecho por el beligerante adverso o zonas cuyo dominio efectivo no esté claramente establecido podrán ser intimadas a aterrizar para inspeccionarlas. Las aeronaves sanitarias deberán obedecer toda orden de este tipo.

corresponda a la del salvamento o el transporte de heridos, enfermos y náufragos, señalándose que salvo que hubiera un acuerdo previo entre las partes en conflicto, operaría por su cuenta y riesgo. Dicho párrafo recoge aquellas situaciones de aeronaves no reconocidas como sanitarias, por tanto sin ningún tipo de protección, y que pudieran ser objeto de ataque. La única posibilidad para poder gozar en este caso de inmunidad, sería la que dispone dicho párrafo, es decir, un acuerdo entre las partes beligerantes.

La Parte VI, como antes se indicaba, contiene también una sección I con ocho párrafos (161-168) referida a las personas protegidas. Se establece que las personas a bordo de naves o aeronaves que caigan en poder de un beligerante o de una parte neutral, deben ser respetadas y protegidas, remitiéndose a lo ya establecido en el II Convenio de Ginebra de 1949 y Protocolo Adicional I de 1977.

Se debe tener en consideración lo establecido en el párrafo 162, sobre la protección de las tripulaciones de los buques hospitales y de embarcaciones de salvamento costero. Con respecto a los primeros, se dispone que no puedan ser capturados mientras presten servicio en dichos buques, siguiendo lo establecido por los artículos 36 del CII, y el 23.5 por analogía, del PI.

Respecto a las tripulaciones de embarcaciones de salvamento costero, cabe señalar, la acertada posición del Manual de San Remo al indicar que dicha tripulación no puede ser apresada mientras participe en operaciones de salvamento. Actualmente no existe regulación sobre ello, pues la CII nada establece, aunque podría tener la misma consideración por analogía que las tripulaciones de los BH, ya que si fuera capturada no podría llevarse a efecto su misión humanitaria. La ILC desde su Conferencia Internacional de



1955, ha venido reivindicando precisamente la necesidad de su regulación.

Respecto al personal sanitario y religioso que presten su actividad en los diferentes transportes sanitarios por agua o por vía aérea, que gocen de inmunidad, se dispone de acuerdo con el párrafo 164, que no serán considerados prisioneros de guerra, remitiéndose a lo ya establecido en los Convenios de Ginebra de 1949 (artículo 37 CII) y Protocolo Adicional I de 1977 (artículo 8, apartados c y d).

Por último cabe señalar que en las normas generales de la Parte VI, en su párrafo 160, se dispone la posibilidad de poder convenir entre las partes beligerantes, la creación de una zona, dentro de un sector marítimo determinado, para llevar a efecto actividades acordes con fines humanitarios. Esta cuestión se ha contemplado con motivo de la experiencia que se obtuvo en el conflicto armado de las Islas Falkland-Malvinas de 1982, en el que se estableció una zona neutral en alta mar de una 20 millas de diámetro denominada "Red Cross Box, siendo respetada por las partes beligerantes de Argentina y el Reino Unido.

Por otra parte en la CII no se establece expresamente este tipo de zona neutralizada, aunque el acuerdo llevado a cabo por los dos bandos se basó en lo establecido en el artículo 6 de la citada II Convención de 1949.

En conclusión, este Manual a pesar de no ser ni obligatorio ni vinculante en sí mismo para los Estados, deben ser tenidas en cuenta sus normas, por cuanto recogen disposiciones que forman parte del derecho consuetudinario, actualizan principios del derecho internacional humanitario, dan soluciones a las cuestiones que en la actualidad todavía están pendientes de regular o al menos impulsa propuestas novedosas con el fin de una mejor

protección de las víctimas de los Conflictos Armados, promoviéndose con ello un mayor respeto del derecho.

## **2.26) XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1995**

Esta Conferencia va a seguir ocupándose de los transportes sanitarios marítimos y aéreos en los conflictos armados, va a expresar su satisfacción por la redacción de nuevos manuales a nivel nacional que especifican el contenido del Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados en el mar, así como por la elaboración del Manual de San Remo.

A la vista de lo anterior insta a los Estados a que redacten Manuales sobre el derecho Internacional Humanitario aplicable a los Conflictos Armados en el mar, así como los manuales de las Fuerzas Armadas, tengan en cuenta el Manual de San Remo.

Por último, invita al CICR, Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja, y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a que promuevan el conocimiento del derecho Internacional humanitario contemporáneo aplicable a los conflictos armados en el mar.

Como cuestiones que quedan pendientes, serán la participación del CICR en la preparación de la próxima Conferencia Mundial de Radiocomunicaciones (CMR-95). Esta Conferencia, que se celebrará en Ginebra, examinará una propuesta de versión simplificada del Reglamento de Radiocomunicaciones de la UIT (RR).

Será necesario redactar el comentario de la versión modificada del Anexo I del Protocolo I, así como publicar una nueva edición del "*Manuel pour l'utilisation des moyens techniques de signalisation et d'identification*", donde figuren las modificaciones del Anexo I vigentes desde el 1 de marzo de 1994. Esta cuestión no se hizo esperar, pues en 1995 el CICR publicó una segunda edición basada en las novedades establecidas en dicho Anexo I<sup>860</sup>.

Por último, habida cuenta del progreso tecnológico, es innegable que se debe proseguir los trabajos en el ámbito de los medios técnicos de identificación, para que se pueda, llegado el momento, conseguir una adaptación del Anexo I, de conformidad con las disposiciones del artículo 98 del Protocolo I.

#### **2.27) LA XVII Conferencia Internacional de Salvamento Marítimo "ILC" de URUGUAY, 1995**

En su XVII Conferencia Internacional, celebrada en Uruguay, del 13 al 17 de febrero de 1995, la International Lifeboat Federation, aprobó una resolución (Resolución nº 2) en la que se solicitaba a la Organización Marítima Internacional (OMI) que se informara sobre las medidas tomadas por sus miembros, a fin de garantizar la protección de los barcos de salvamento, según las disposiciones del II Convenio de Ginebra y del Código Internacional de Señales de la OMI.

---

<sup>860</sup> Documento del CICR, "*Commentaire de L'Annexe I telle qu'amendée en 1993*", (Anexo al Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los Conflictos Armados (Protocolo I)). Extracto del artículo 98 del Protocolo I, revisión del Anexo I (Philippe Eberlin). Anexo I enmendado en 1993 al Protocolo I, Reglamento relativo a la identificación (Ph. Eberlin, 1986) (Dominique Loye, actualizado en el 2002).

Se había comprobado que, en muchos países, no se aplicaban las medidas para la protección de los barcos de salvamento en período de conflicto armado.

El CICR continuó siguiendo de cerca los trabajos de la OMI, donde, desde octubre de 1989, tiene estatuto de observador.

## **2.28) La Identificación de los Transportes Sanitarios en los Conflictos Armados mediante los procedimientos de Radiotelecomunicación a partir de 1995.-**

La Conferencia Mundial de Radiotelecomunicación de 1995 (CMR 95) se basó en el informe presentado por el Grupo Voluntario de Expertos (GVE)<sup>861</sup>, el cual en principio estaba a favor de modificar y no mantener los artículos 40 y N40 del capítulo IX del Reglamento de Radiocomunicaciones, ya que en varias ocasiones de las siete veces que se reunieron se intentó suprimir<sup>862</sup>,

---

<sup>861</sup> Este Grupo de Expertos se formó a instancia de la Conferencia Plenipotenciaria de la UIT de Niza de 1989. Esta fecha consta en el documento del CICR, "Commentaire de L'Annexe I telle qu'amendée en 1993", (Anexo al Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los Conflictos Armados (Protocolo I)). Extracto del artículo 98 del Protocolo I, Revisión del Anexo I (Philippe Eberlin). Anexo I enmendado en 1993 al Protocolo I, Reglamento relativo a la identificación (Ph. Eberlin, 1986) (Dominique Loye, actualizado en el 2002). No obstante en el informe del CICR, que en la nota de página sigue, se señala como fecha de la citada Conferencia Plenipotenciaria el año 1988.

<sup>862</sup> Informe elaborado por el CICR de la XXVI CFICR de Ginebra del 3 al 7 de diciembre de 1995, referente a la identificación de los Medios de Transporte Sanitarios. ("II Trabajos de las Organizaciones Internacionales concernidas"-UIT), Comisión I: Víctimas de la guerra y el respeto del DIH-punto 4 del Orden del día provisional.

presentó un informe final recomendado su mantenimiento, ello en base a la intervención del CICR presente en dicho Grupo.

En el marco del reglamento de las radiocomunicaciones simplificado, la CMR 95 y la CMR 2000 transfirieron el Capítulo IX, conservando su antiguo estatuto, y por completo al nuevo Apéndice 13 con otras disposiciones relativas únicamente al sistema de comunicaciones socorro y de seguridad no "SMDSM" - Sistema Mundial de Emergencias y Seguridad en el Mar-.

Las disposiciones fijadas en el Apéndice citado, son obligatorias de acuerdo con la Resolución 331 (RE. CMR-97) en el servicio móvil marítimo para las estaciones que utilicen las frecuencias y técnicas definidas en el Apéndice, así como para las comunicaciones entre estas estaciones y las aeronaves.

El procedimiento que se establece es obligatorio en el servicio móvil marítimo por satélite así como para las comunicaciones entre las estaciones a bordo de aeronaves y estaciones del servicio móvil marítimo por satélite en todos los casos en los que este servicio o estas estaciones son expresamente mencionadas.

Por otra parte, el Apéndice 13 contiene una Sección II dedicada a los Transportes Sanitarios, en la cual los define de acuerdo con las Convenciones de Ginebra de 1949 y los Protocolos adicionales, e indica la transmisión de señales de urgencia y frecuencias que pueden ser utilizadas con el fin de anunciar y de identificar los transportes sanitarios que están protegidos.

La utilización de las radiocomunicaciones para anunciar e identificar los transportes sanitarios es facultativa, no

obstante, si se llegan a emplear, será de aplicación lo establecido en las disposiciones del Apéndice.

Respecto al artículo N40, éste continúa desde la Conferencia Mundial de Radiotelecomunicación CMR-2000.

En el SMDSM la utilización facultativa de las radiocomunicaciones para anunciar e identificar los transportes sanitarios es mencionado en el n° 33.30 del artículo 33, del Capítulo VII del Reglamento de radiocomunicaciones. Por otra parte el artículo 33 contiene la Sección III, específicamente para los Transportes Sanitarios. El artículo 31 especifica las reglas de utilización de frecuencias disponibles para el SMDSM.

En 1992, la Comisión de estudios ocho de las radiocomunicaciones de la UIT, que trata de las cuestiones relacionadas con los servicios móviles y de amateur, así como de los servicios por satélite, introdujo en el cuadro de las Recomendaciones UIT- R M. 493 y UIT R M. 825 un símbolo numérico específico para la identificación de los transportes sanitarios protegidos con la ayuda de respondedores de radio automáticos que utilizan el sistema de llamada selectivo numérico específico<sup>863</sup>. Este sistema de llamada selectivo permite llamadas con destino a buques y a estaciones costeras, y también de buque a buque. Puede ser utilizado en instalaciones que trabajen en las bandas de frecuencias MF/HF y/o VHF<sup>864</sup>.

---

<sup>863</sup> En inglés: DSC -Digital selective-calling-

<sup>864</sup> Documento del CICR, "Commentaire de L'Annexe I telle qu'amendée en 1993", (Anexo al Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los Conflictos Armados (Protocolo I)). Extracto del artículo 98 del Protocolo I, revisión del Anexo I (Philippe Eberlin). Anexo I enmendado en 1993 al Protocolo I, Reglamento relativo a la

En 1998, la misma Comisión de estudios ocho de las radiocomunicaciones de la UIT redactó una nueva recomendación (UIT-R M.1371) que definía las características técnicas de un sistema de identificación automática universal (AIS) a bordo de un navío. Este sistema funciona en la banda atribuida a los servicios móviles marítimos en VHF. Se menciona igualmente un símbolo numérico que facilita la identificación de los transportes sanitarios protegidos.

Por otra parte, la UIT ha resuelto con respecto a una situación de conflicto armado o en relación con la actividad de la Cruz Roja internacional, entre otras cuestiones, la Resolución 18, relativa al procedimiento y al anuncio de la posición de los barcos y de las aeronaves de Estados no partes en un conflicto armado, que reemplaza la resolución 11 de 1979, y otra Resolución, la n° 10 (Rev. CMR 2000), aprobada en la Conferencia Mundial de Radiotelecomunicación, que tuvo lugar en Estambul en mayo del 2000, relativa a la utilización de telecomunicaciones hertzianas bidireccionales por el Movimiento internacional de la Cruz Roja y de la Creciente Roja<sup>865</sup>.

---

identificación (Ph. Eberlin, 1986) (Dominique Loye, actualizado en el 2002).

<sup>865</sup> Dominique Loye, Conseiller Technique Division Juridique, CICR. UIT Resolution 10 -Rev CMR 2000- de l'Union Internationale des télécommunications. UIT Resolution 10, utilization de telecomunicacions hertziennes bideirectionnelles par le Mouvement International de la Croix -Rouge et du Croissant-Rouge. RICR. 31-12-2000, n° 840, páginas 1088-1089. Esta versión es una puesta al día de la resolución 10 de 1979 que había sido reemplazada por la recomendación 34 de 1959.

**2.29) El Proyecto del Manual para la Guerra Aérea y de Mísiles (2004) y la Actualización del Manual de San Remo (2005) .-**

Un grupo de expertos reunidos en Boston en febrero de 2004, apoyados por la Universidad de Harvard de Estados Unidos (Harvard Program on humanitarian Policy and Conflict Research), decidieron preparar un manual sobre la guerra aérea y de misiles, donde se incluye el estudio del transporte aéreo sanitario, así como los medios de identificación que le va a ser de aplicación<sup>866</sup>. Dicho Manual, de idea semejante al Manual de San Remo en los conflictos armados en el Mar, está previsto que se realice en el plazo de dos a tres años aproximadamente.

Por otra parte, en cuanto al Manual de San Remo sobre el Derecho Internacional aplicable a los Conflictos Armados en el Mar de 1994, con fecha del 8 al 10 de septiembre del 2005, tuvo lugar en San Remo (Italia), la Conferencia Internacional sobre el tema de "Aplicación del Derecho Internacional Humanitario, los Derechos del Hombre y el Derecho de los Refugiados: Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Operaciones de Paz y Protección de la Persona Humana en situación de Catástrofe", organizada por el Instituto Internacional de Derecho Humanitario, que contenía un panel que trataba de "Trabajos de Investigación sobre el Manual de San Remo", en el que se concluía la

---

<sup>866</sup> Información obtenida a través de entrevista personal con Dominique Loye, en septiembre 2004, Technical Adviser Legal Division, del CICR en Ginebra.



actualización del mismo, en base a que después de once años había cuestiones que poner al día<sup>867</sup>.

### **2.30) La Conferencia Diplomática del 5 y 6 de Diciembre del 2005 para la Actualización sobre el Emblema Adicional a los de la Cruz Roja y Media Luna Roja.-**

Los impulsores de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y del Convenio de Ginebra de 1864, reconocieron desde el principio la necesidad de instaurar un signo internacional uniforme que fuese la señal visible de la neutralidad e inmunidad para los heridos, enfermos, personal sanitario, y los transportes sanitarios como las ambulancias terrestres. Dicho signo distintivo surgió como una de las condiciones imprescindibles para la inviolabilidad de los servicios de sanidad de los ejércitos, las ambulancias y enfermeros voluntarios.

El principio de la unidad del signo enunciado se establece en la resolución número ocho de la Conferencia Internacional de Ginebra de 1863. No obstante, ante la imposibilidad de adoptar una decisión, la Conferencia formuló el voto de que una bandera idéntica fuese también adoptada en todos los países, para las ambulancias y los hospitales.

---

<sup>867</sup> Información obtenida como participante de la la citada Conferencia Internacional.

La Convención de Ginebra de 1864, estipulaba mediante su artículo siete, la adopción de una bandera distintiva y uniforme para los hospitales, las ambulancias y evacuaciones, llevando la misma una cruz roja con fondo blanco.

La significación más importante del emblema de la Cruz Roja durante el periodo de conflicto armado, es la del carácter protector, pues es la manifestación visible que le otorgan los Convenios de Ginebra.

Ese carácter protector es básico para conseguir, como en el caso de los transportes sanitarios, la inmunidad de manera que pueda evitarse, en todo lo posible, cualquier tipo de ataque que ponga en peligro la misión humanitaria. Por tanto, ese emblema va a ser esencial para la protección de posibles víctimas como los heridos, enfermos o náufragos, que fuesen trasladados en su caso por un barco hospital o una aeronave sanitaria.

Cabe recordar que la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española, ya en 1866, consideró la propuesta de sus asociados de la Comisión de Cartagena de obtener los beneficios de inmunidad de las embarcaciones que ostentasen pabellón blanco con cruz roja durante los combates navales.

El signo distintivo iba a ser un instrumento fundamental para obtener las máximas garantías para que los Medios de Transporte, primero los terrestres, luego los de agua, y después los de aire, pudieran ser respetados por los ataques de los beligerantes. Por ello, primero la III Convención de La Haya de 29 de julio de 1899, sobre la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 1864, acordó la inmunidad de los Buques Hospitales en los conflictos armados, siempre que llevasen el signo protector de la Cruz Roja y no

contraviniesen, por otra parte, otras normas establecidas y, segundo, la Convención de Ginebra de 27 de julio de 1929, amplió dicha inmunidad a las aeronaves sanitarias.

Respecto a la III Convención de La Haya de 1899, cabe señalar que, cuando se estaba planteando que los buques hospitales, tanto militares como de sociedades de socorro, debían enarbolar junto a su pabellón nacional una bandera blanca con cruz roja, se estableció un debate bastante exaltado. No todos deseaban la unidad del signo. Turquía pidió poder enarbolar la media luna, Persia un sol y león rojos, y Siam una llama roja. Para dar una solución, la delegación de Estados Unidos propuso que se adoptara un nuevo emblema. No obstante, al final se aprobó que todos los buques hospitales se dieran a conocer izando la bandera blanca con cruz roja y el pabellón nacional (artº5, párrafo 4º).

Turquía durante la guerra con Rusia de 1876 a 1877, adoptó unilateralmente el emblema de la Media Luna Roja, a pesar de que se había adherido al Convenio de Ginebra de 1864 sin ningún tipo de reservas.

En cuanto a la Convención de Ginebra de 1929, se estableció una única disposición mediante el artículo 18, que alumbraría la regulación del transporte sanitario aéreo, expresando la protección de las aeronaves sanitarias, y determinando la ubicación de las señales distintivas, cruz roja sobre fondo blanco y pabellón nacional, las cuales se situarían en las partes superior e inferior de cada ala, estando la aeronave pintada totalmente de blanco<sup>868</sup>. También, y por vez primera, se podía optar por colocar otro signo distintivo diferente al de la cruz roja, pues la Conferencia Diplomática de 1929 acogió favorablemente la

---

<sup>868</sup> Fernando María de Lasala Samper. La protección a los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en campaña. Universidad de Zaragoza. 1964.

solicitud de Turquía, Persia y Egipto, denegándose otras peticiones. La revisión de la Convención de Ginebra dio cabida para que se pudieran utilizar como signo distintivo la media luna roja o el león y sol rojos sobre fondo blanco<sup>869</sup>.

La cuestión del emblema suscitó nuevas complicaciones, ya que se presentaron nuevas solicitudes, cuestión que conllevó prolongadas deliberaciones durante la Conferencia Diplomática de 1949, que revisó los Convenios de Ginebra después de la Segunda Guerra Mundial. Entre dichas solicitudes se encontraba la de Israel, sobre el reconocimiento de un emblema adicional como el escudo rojo de David, que ya utilizaba para los servicios de sanidad de las fuerzas armadas y por la sociedad nacional de ese país.

La Conferencia diplomática citada, así como la que tuvo lugar de 1974 a 1977, no modificaron la regulación que hasta ese momento seguía vigente con respecto a los signos distintivos ya reconocidos, manteniéndose la cruz roja sobre fondo blanco y la media luna roja y el sol y león rojos, también sobre fondo blanco, rigiéndose por lo establecido en el artículo 38 del I Convenio de Ginebra de 1949.

El 5 de noviembre de 1980, después de los trámites pertinentes, se comunicó que la República Islámica del Irán renunciaba al uso del emblema del león y sol rojos, y que solo utilizaría la media luna roja<sup>870</sup>.

---

<sup>869</sup> Informe de la Comisión Permanente de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, sobre el cumplimiento dado a la Resolución 3 relativa al Emblema aprobada por la XXVII Conferencia Internacional. 1-10-2003.

<sup>870</sup> Manuel Antón Ayllón-Mercedes Babé y Romero. El Movimiento Internacional de la Cruz Roja. (1.3 El emblema de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja). Derecho Internacional Humanitario. Cruz Roja Española-Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario. 2002 . Página 107.

La situación que se planteaba con respecto a las múltiples solicitudes, como eran los casos, a parte de Israel, de

Palestina, Afganistán, Chipre, India, Japón, Líbano, Sudán, Sri Lanka, Siria, Tailandia, Congo, Eritrea, etc., contraía serios y graves problemas.

La Comisión Permanente de la Cruz Roja, en el informe elaborado el 1 de octubre de 2003, se preguntaba si la situación vigente hasta ese momento guardaba auténtica conformidad con el principio de igualdad que debería regir las relaciones internacionales, ya que había Estados y Sociedades Nacionales que no se identificaban con la cruz roja o la media luna roja, como podría ser el caso de Israel. Otro problema que presentaba la Comisión Permanente, correspondía a que la coexistencia de los dos citados emblemas actualmente en activo, promueven dificultades en algunos países donde cohabitan distintas comunidades religiosas, ya que puede identificarse a la Sociedad Nacional con el grupo social que evoque el emblema.

El aspecto que se planteaba con más gravedad se refería a la utilización de varios emblemas diferentes en un conflicto armado, lo cual podía conllevar a dejar en vacío el valor de la protección.

Es lógico pensar que, de no afrontarse este problema, podría provocar graves situaciones como la existencia de nuevas escisiones.

Todas estas circunstancias impusieron dar una solución y las diversas deliberaciones llevadas a cabo desde hacía algunos años culminaron con la aprobación de varias resoluciones del Consejo de Delegados de 1999 y de la XXVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la

Media Luna Roja, en la línea de dar una respuesta global aceptable.

La Comisión Permanente reunida los días 18 y 19 de enero de 2000, instituyó un grupo de trabajo mixto sobre los emblemas, en base a las resoluciones aprobadas por el Consejo de Delegados en 1997 y 1999 y por la XXVII CFICR. Este Grupo de Trabajo, tras reunirse en abril y junio de 2000, estimó que la única alternativa posible de lograr una solución global y ampliamente aceptada con respecto al emblema, era la aprobación de un Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra de 1949. El Protocolo III instituiría un emblema protector adicional. Este nuevo emblema debería estar adecuado para que la Sociedad Nacional que lo utilice pueda incluir su propio signo a título indicativo<sup>871</sup>.

EL CICR entregó el 5 de julio de 2000 al Gobierno de Suiza, como depositario de los Convenios de Ginebra, el proyecto del Tercer Protocolo Adicional. Dicho Gobierno inició los preparativos para convocar una Conferencia Diplomática en el mes de octubre de 2000. En las reuniones previas en el mes de septiembre se apreciaron ciertas ventajas de la denominación de "cristal rojo", para el nuevo y esperado signo distintivo, como símbolo de pureza y de transparencia, que evoca el agua, y que es fuente de vida. No obstante, a la vista de los acontecimientos que se estaban desarrollando en Oriente Medio, con la reanudación de los enfrentamientos en el mes de septiembre de 2000, el Gobierno de Suiza consideró que no se reunían las condiciones necesarias para convocar la Conferencia Diplomática, posponiendo su celebración.

---

<sup>871</sup> Informe de la Comisión Permanente de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, sobre el cumplimiento dado a la Resolución 3 relativa al Emblema aprobada por la XXVII Conferencia Internacional. 1-10-2003.

La Comisión Permanente no tuvo más remedio que postergar también la XXVIII CFICR que debía de celebrarse el 14 de noviembre de 2000.

El 12 de noviembre de 2000, la Junta de Gobierno de la Federación Internacional aprobó el proyecto de 12 de octubre del mismo año, ya que constituía una base aceptable para el tercer Protocolo propuesto.

En noviembre de 2001 se debatió por el Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja la cuestión del emblema durante la reunión bienal del Consejo de Delegados en Ginebra, aprobándose una Resolución que reafirmaba el apoyo a la aprobación por los Gobiernos de un Protocolo adicional III, mediante el cual se estableciera un emblema adicional. En febrero de 2002 se crea un Grupo de Trabajo especial, a instancia de la Comisión Permanente del Movimiento, para continuar con las mismas líneas de actuación respecto del Protocolo III<sup>872</sup>.

La XXVIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja, se celebra en diciembre de 2003, y aprueba la decisión de reafirmarse en el compromiso de lograr una solución global y duradera a la cuestión del emblema, basándose en el proyecto de un Protocolo Adicional III, como base aceptable de trabajo para la reanudación de negociaciones<sup>873</sup>. Por otra parte, se instaba a una convocatoria de una Conferencia Diplomática para la aprobación de dicho Protocolo.

---

<sup>872</sup> CICIR. Apoyo constante del enfoque del Protocolo III, que se procura obtener de la XXVIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja. RICR 19-11-2003.

<sup>873</sup> CICR. Preguntas y Respuestas en relación con el emblema. RICR. 3-11-2005.

En el 2004 se crea un nuevo grupo de trabajo para continuar con el proceso, y tras varias consultas celebradas por el Movimiento y el Gobierno Suizo, se decidió convocar una nueva Conferencia Diplomática<sup>874</sup>.

En septiembre de 2005, en Ginebra, se produjeron diversos debates sin carácter oficial en los que participaron 123 países.

El Consejo de Delegados de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, fue convocado en Seúl (República de Corea) del 16 al 18 de noviembre de 2005, incluyéndose entre los temas del orden del día la aprobación de un emblema adicional a la cruz roja y a la media luna roja.

Con fecha 5 y 6 de diciembre de 2005, se convoca en Ginebra la ansiada Conferencia Diplomática para considerar el referido Protocolo, acordando la adopción y firma de un tercer Protocolo Adicional de los Convenios de Ginebra por el que se crea un emblema adicional a los emblemas de la cruz roja y media luna roja. El emblema aprobado corresponde al propuesto "cristal rojo", que se configura como un marco rojo cuadrado sobre fondo blanco, colocado sobre uno de sus vértices.

Con la firma del tercer Protocolo Adicional concluye el proceso diplomático y, a partir de ahora, compete al Movimiento de la Cruz Roja y Media Luna Roja impulsar el procedimiento para adecuar la nueva situación. Por ello la Comisión Permanente ha procedido a convocar una Conferencia

---

<sup>874</sup> Boletín diario, Consejo de Delegados del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. N° 2, Seúl , 18 de diciembre de 2005. Página 3.



Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en 2006<sup>875</sup>. En la misma se debe pedir que se adapten los Estatutos del Movimiento a las disposiciones del Protocolo Adicional, para que pueda utilizarse el emblema en el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja, y se cumpla el objeto de universalidad. No obstante, para que entre en vigor el Protocolo Adicional III, es necesario esperar seis meses desde que se hayan depositado dos instrumentos de ratificación o de adhesión, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 11.1.

Después de 141 años desde que se impulsara la Cruz Roja, en la que se reconocía la ineludible necesidad de instaurar un signo internacional uniforme que fuese la señal visible de la neutralidad e inmunidad, se ha realizado una gran andadura donde se ha tenido que diversificar el signo distintivo, reconociéndose otros como la media luna roja y el sol y el león rojos, dando respuestas a las demandas del momento y, en la actualidad también ha debido adaptarse a las nuevas necesidades debiendo dar una nueva respuesta. Se ha abierto la esperanza, como concluía Philippe Cuvillier, miembro de la Comisión Permanente, de que en aras de la verdadera universalidad del Movimiento, uno de sus principios fundamentales, se incorporen nuevas Sociedades Nacionales y se aporte un profundo equilibrio entre lo necesario y los particulares intereses nacionales.

Una vez se incluya en los estatutos del Movimiento el nuevo emblema al servicio de la salvaguarda de las víctimas en los conflictos armados, y sirva para proteger, al menos una vida, se habrán cumplido con creces los objetivos perseguidos.

---

<sup>875</sup> CICR. Emblema adicional del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. RICR.8-12-2005 (Comunicado de Prensa 05/73)

Por otra parte habrá que considerar que al poderse utilizar el nuevo emblema del Cristal Rojo, de acuerdo con lo establecido en el III Protocolo Adicional, los preceptos que regulan el signo distintivo en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos Adicionales de 1977, conllevarán la inclusión de facto del citado emblema del Cristal Rojo junto al signo de la cruz roja, media luna roja, y el sol y león rojos.

Cabe recordar que las disposiciones actuales que tratan sobre el signo distintivo en relación al ámbito de los transportes sanitarios por agua y aire son las siguientes:

En los Convenios de Ginebra de 1949 (Convenio I: artículos 36 y 38 sobre aeronaves sanitarias; El Convenio II: artículos 39 en relación con el 41 (aeronaves sanitarias), 43 (Barcos Hospitales, embarcaciones costeras de salvamento); Los Protocolos Adicionales de 1977, Protocolo I (artículo 18.1-2-4 y 5), Protocolo II (artículo 12), Anexo I del artículo 98 del Protocolo I sobre el Reglamento relativo a la Identificación (artículos 4 y 5).

Otra cuestión es la que podría deparar en el orden técnico la incorporación del emblema del cristal rojo a las unidades y transportes sanitarios, tanto por tierra, agua y aire, en lo que respecta a su visibilidad e identificación en periodo de conflicto armado. Parece que del resultado de los ensayos llevados a efecto en los años 2000 y 2001 por las fuerzas armadas de Suiza, la calidad de la visibilidad del cristal rojo, es semejante al de la cruz roja<sup>876</sup>.

---

<sup>876</sup>Base de Información: Dominique Loye, Conseiller Technique  
Division Juridique, CICR. 01-02-2006.



### TÍTULO III

ANÁLISIS DEL DERECHO ACTUAL  
DEL TRANSPORTE SANITARIO  
MARÍTIMO Y AÉREO:  
LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE  
1949 Y LOS PROTOCOLOS  
ADICIONALES DE 1977



## **TÍTULO III**

### **ANÁLISIS DEL DERECHO ACTUAL DEL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO Y AÉREO:**

#### **LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 1949 Y LOS PROTOCOLOS ADICIONALES DE 1977**

## **CAPÍTULO 1**

### **LA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO EN LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 1949**

#### **1) ANÁLISIS, APORTACIÓN E INCIDENCIA DEL I CONVENIO DE GINEBRA EN RELACIÓN CON LA REGULACIÓN DE LOS BARCOS - HOSPITALES.**

Aunque es el II Convenio de Ginebra de 1949 la norma vigente reguladora del tratamiento de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar, entre cuyos preceptos se incluye de modo especial la protección a dispensar a los barcos hospitales, embarcaciones de salvamento y transporte sanitario, es lo cierto que el I Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949 para aliviar la

suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña también dedica una especial atención al barco hospital. Así, su artículo 20 establece:

“Los barcos hospitales con derecho a la protección del Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar no deberán ser atacados desde tierra”.

Esta disposición fue introducida por la Conferencia Diplomática de 1949. La protección se proyecta por tanto desde la configuración del ataque terrestre con alcance a objetivos en el mar o para el supuesto de barcos hospitales fondeados o atracados en puerto enemigo, los cuales gozan de la protección prevista en el artículo 29 del II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar, que dice:

“Todo barco hospital que esté en un puerto que caiga en poder del enemigo tendrá autorización para salir de dicho puerto”

salida que, ha de entenderse, debe producirse indemne. También el artículo 22 de la II Convención proyecta tal protección:

“Los barcos hospitales (...) no podrán, en ningún caso, ser atacados ni apresados, sino que serán en todo tiempo respetados y protegidos (...)”

También el artículo 20 citado debe ser puesto en relación con el artículo 23 de CII de nueva creación, pues es su réplica exacta, ya que estipula

"que los establecimientos sanitarios ubicados en la costa tendrán derecho a la protección que otorga el CI, y que no deben ser atacados ni bombardeados desde el mar".

La protección del buque hospital se construye por tanto de forma recíproca entre ambos convenios, esto es, desde tierra en el CI y desde el mar por el CII, de lo que resulta una doble protección la dispensada al barco hospital entre ambos convenios, planteada según el teatro de operaciones.

## **2) ESTRUCTURA DE LA II CONVENCIÓN DE GINEBRA Y LA PROTECCIÓN OTORGADA A LOS HERIDOS, ENFERMOS Y NÁUFRAGOS DE LAS FUERZAS ARMADAS EN EL MAR.**

### **2.1) Estructura de la II Convención de Ginebra.**

Hecha la precisa consideración sobre la protección dispensada al buque hospital en el I Convenio de Ginebra de 1949 se analiza la regulación contenida en el II Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar.

El citado Convenio es la norma vigente que se ocupa de la protección de los heridos, enfermos y náufragos en el mar, desde su condición de combatientes puestos fuera de combate. Este II Convenio regula la citada protección en un total de 63 artículos, estructurados en ocho capítulos y disposiciones finales.



Los dos primeros capítulos reproducen el contenido del I Convenio de Ginebra de 1949, con las solas variaciones propias de las adaptaciones al distinto teatro de operaciones, esto es, de las referencias al mar y a los náufragos.

El capítulo III del II Convenio de Ginebra de 1949 se dedica a la protección dispensada a los buques- hospitales y el capítulo IV a la protección de su personal.

El capítulo V establece previsiones sobre el transporte sanitario y el capítulo VI sobre el signo distintivo.

Por su parte los capítulos VII y VIII están dedicados a la propia aplicación del Convenio y a la represión de abusos e infracciones.

## **2.2) La protección otorgada a los heridos, enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas en el mar.**

La II Convención de Ginebra no protege más que a aquellos que pueden ser víctimas directas o indirectas de la guerra marítima y, aunque es verdad que las operaciones propias de ésta tienen un régimen jurídico cuyos orígenes y contenido son distintos de aquellos que se aplican a las operaciones de la guerra terrestre, no hay razón alguna para sostener que la protección de las víctimas de las hostilidades, sea cual sea el teatro de operación donde tengan lugar, no reposan en los mismos principios.

Si los náufragos constituyen evidentemente una categoría de víctimas característica de la guerra marítima, su régimen

de protección no es diferente de aquel de los heridos y enfermos en las fuerzas armadas sobre el mar.<sup>877</sup>

El artículo 12 del II Convenio entiende que el término de naufragio será aplicable a todo naufragio, sean cuales fuesen las circunstancias en que se produzca, incluso el amarraje forzoso o la caída en el mar.

Asimismo, otros que no pertenecen a las fuerzas armadas en el mar, se benefician de los mismos derechos inalienables si se incluyen en alguna de las categorías enumeradas en el artículo 13, entre ellas,

"los civiles que siguen a las fuerzas armadas, los miembros civiles de tripulaciones de aviones militares, corresponsales de guerra, abastecedores, miembros de unidades de trabajo o de servicios encargados del bienestar de los militares"

con la condición de que hayan recibido la autorización de las fuerzas armadas a las que acompañen; asimismo los

"miembros de tripulaciones, incluidos los comandantes, pilotos y aprendices de la marina mercante y las tripulaciones de la aviación civil de las partes en conflicto que no se benefician de un trato más favorable en virtud de otras disposiciones del Derecho internacional".

La II Convención de Ginebra no protege exclusivamente a los miembros de las fuerzas armadas navales de las partes en conflicto; pero no es aplicable en el mar más que para las

---

<sup>877</sup> Jean Mallein, "La Guerre Maritime au regard des Conventions de Genève et de leurs Protocoles Additionnels" Maître de conférences à la faculté de droit et des sciences économiques de Brest, octobre 1987.

categorías citadas anteriormente. Los miembros de las fuerzas armadas navales desembarcadas son consecuentemente subsumidos en las categorías de la I Convención de Ginebra. Una misma operación de guerra puede quedar también cubierta por estas dos convenciones cuando oponga a fuerzas navales y fuerzas terrestres; la II Convención no es de aplicación más que a las fuerzas embarcadas. El objeto se cumple, pues a pesar de que cada una de las guerras tiene un campo de aplicación para el DIH, las víctimas van a estar protegidas.

En este sentido expresa el artículo 4 de la II Convención de Ginebra de 1949:

"En caso de operaciones de guerra entre las fuerzas de tierra y de mar de las Partes en conflicto, las disposiciones del presente Convenio no serán aplicables más que a las fuerzas embarcadas. Las fuerzas desembarcadas estarán inmediatamente sometidas a las disposiciones del Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña."

Las características inherentes a la guerra marítima han conducido a la adopción de disposiciones que resultan menos de la adaptación de la I Convención de Ginebra que de ciertas tradiciones de las gentes de mar, que testimonian también una concepción de las prerrogativas y del comportamiento que uno puede utilizar respecto de terceros y del adversario diferente a aquellos que prevalecen en tierra. Esto es verdad respecto de los heridos, enfermos y náufragos en las circunstancias en las que se aplican por ejemplo los artículos 14 y 16 de la II Convención de

Ginebra. También es cierto para los barcos hospitales, los transportes sanitarios y sobre todo del personal sanitario para los que las reglas aplicables son notablemente diferentes de aquellas para sus homólogos en el curso de la guerra terrestre.

La II Convención de Ginebra presenta lagunas a pesar de todo, lagunas que no son tanto producto de olvidos involuntarios, ni de adaptaciones desafortunadas de ciertas disposiciones de la I Convención de Ginebra, o siquiera de formulaciones incorrectas, como de una preocupación manifiesta en tomar en cuenta las exigencias militares, dado el desfase entre la protección deseable con las realidades de los métodos y de los medios de la guerra marítima.

Ejemplo son las disposiciones relativas a las operaciones de salvamento costero, y especialmente el artículo 27 que dispone que las embarcaciones utilizadas para este fin -y del mismo modo, a aquellos que allí se encuentran- y sus instalaciones costeras fijas no serán protegidas y respetadas más que "en la medida en que las necesidades de las operaciones lo permitan".

En el mismo sentido de priorizar las necesidades militares respecto de las humanitarias puede indicarse la regulación incluida en el artículo 30 del II Convenio:

"Tales barcos y embarcaciones no deberán estorbar, en modo alguno, los movimientos de los combatientes.

Durante y tras el combate, actuarán por su cuenta y riesgo."

En virtud de lo dispuesto en el artículo 2 del II Convenio el mismo:

"(..)se aplicará en caso de guerra declarada o de cualquier otro conflicto armado que surja entre dos o varias de las Altas Partes Contratantes, aunque una de ellas no haya reconocido el estado de guerra. (...)

Si una de las Potencias en conflicto no es parte en el presente Convenio, las Potencias que son Partes en el mismo estarán, sin embargo, obligadas por él en sus relaciones recíprocas. Estarán, además, obligadas por el Convenio con respecto a dicha Potencia, si ésta acepta y aplica sus disposiciones."

Por su parte, el artículo 5 de la II Convención de Ginebra indica que las Potencias neutrales aplicarán a los enfermos, heridos y náufragos, así como al personal médico o religioso pertenecientes a las fuerzas armadas de las Partes en conflicto que estén internados, o sean recibidos en sus territorios, las disposiciones del Convenio.

De manera adicional a esta regla general hay dos reglas específicas, contenidas en los artículos 15 y 17 del CII<sup>878</sup> que hacen referencia a las obligaciones de los Estados neutrales:

"-Si los heridos, enfermos o náufragos son llevados a bordo de un barco de guerra neutral o de un avión militar neutral, el Estado neutral concernido deberá

---

<sup>878</sup> Otro artículo, el 40, también hace referencia a los heridos, enfermos y náufragos, pero corresponde a los que se trasladan en aeronaves sanitarias.

asegurar que no podrán tomar parte en las hostilidades cuando el Derecho internacional lo requiera." (Art.15)

Este artículo incluye como novedad las últimas palabras referidas al "Derecho Internacional", algo muy positivo.

Los plenipotenciarios de Ginebra tenían competencia para fijar soberanamente el derecho internacional que afecta a las víctimas de la guerra, pero no tenían por mandato revisar las Convenciones que tratasen los derechos y deberes de los neutrales. Se declaran expresamente incompetentes "en cuanto a la interpretación del Derecho Internacional concerniente a los supervivientes desembarcados" en un país neutral y han entendido que "cada Estado contratante mantiene su libertad de interpretación"<sup>879</sup>.

También este artículo regula la situación de los heridos, enfermos y náufragos acogidos por navíos de guerra. Pero no establece nada cuando estas personas hayan sido recogidas por navíos mercantes neutrales.

"-Si el Estado neutral acepta permitir la entrada en sus puertos de personas heridas, enfermas o naufragadas, deberán asegurarse de que no puedan tomar parte de nuevo en las hostilidades, cuando esto sea requerido por el Derecho Internacional, de modo que no puedan volver a participar en operaciones de guerra. La única excepción tiene lugar cuando hay un acuerdo diferente entre los Estados beligerantes y los neutrales afectados." (Art.17)

---

<sup>879</sup> J.S. Pictet, Director de Asuntos Generales del CICR. Comentario sobre las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949. Ginebra, 1959.

Esta disposición regula que el territorio neutral puede ser un asilo, pero no debe ser una vía de paso hacia los lugares de combate. Los gastos de hospitalización e internamiento, se dispone en dicho artículo, serán sufragados por la Potencia a quien pertenezcan los heridos, los enfermos o los náufragos, algo que es conforme con los principios generales del Derecho Internacional.

El artículo 14 del II Convenio establece la opción de una Parte beligerante de reclamar la entrega de heridos, enfermos y náufragos que vayan a bordo de barcos hospitales militares, de sociedades de socorro o de particulares. Esta cuestión ya fue objeto de estudio en el proyecto de 1868, pues en el mismo se disponía que los buques beligerantes no podían exigir la entrega de los heridos que se encuentren a bordo de los barcos hospitales de las sociedades de socorro; podían, sin embargo, apoderarse de aquellos que abrigasen los barcos hospitales militares, ya que estas embarcaciones estaban sujetas a captura. La Convención de 1899 no tenía una disposición sobre esta cuestión, pero las Actas de esta Conferencia muestran claramente que los plenipotenciarios juzgaron como lícita la toma de heridos por las fuerzas beligerantes que tomasen un barco hospital. En 1907, se aprobó una estipulación expresa que se plasma en el artículo 12, el cual se recoge en la CII a excepción de la reserva humanitaria, referida a la toma de heridos por los beligerantes, cuestión por otra parte, que puede ser válida ya que no constituye ningún obstáculo. Esta reserva, introducida en la Conferencia de 1949 es doble, pues la toma se efectuará "en la medida en que el estado de salud de los heridos y enfermos permita la toma", cuestión propuesta por el CICR, así como "las instalaciones para ubicarlos en los buques de guerra deben permitir asegurar a

los heridos un tratamiento suficiente", cuestión que fue propuesta por la delegación italo-canadiense<sup>880</sup>.

Por su parte el artículo 16 del II Convenio regula el paso a otro régimen de protección articulado en las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949, esto es, el estatus o protección del prisionero de guerra:

"Habida cuenta de las disposiciones del artículo 12, los heridos, enfermos y náufragos de un beligerante, caídos en poder del adversario, serán prisioneros de guerra, siéndoles aplicables las reglas del Derecho de gentes relativas a los prisioneros de guerra. Corresponderá a la Autoridad en cuyo poder caigan el decidir, según las circunstancias, si conviene guardarlos o enviarlos a un puerto de su país, a un puerto neutral o incluso a un puerto del adversario. En este último caso, los prisioneros de guerra así devueltos a su país no podrán prestar servicio durante la guerra"<sup>881</sup>.

### 3) LA CONFIGURACIÓN JURÍDICA DE LOS BUQUES-HOSPITAL Y LA PROTECCIÓN OTORGADA DESDE EL II CONVENIO DE GINEBRA

Una de las principales y más interesantes regulaciones incluidas en el II Convenio de Ginebra de 1949 es el

---

<sup>880</sup> J.S.Pictet, obra citada.

<sup>881</sup> La III Convención en su artículo 117 dispone que no podrá asignarse un servicio militar activo.



régimen aplicable a los barcos hospitales, del cual se concluye la protección especial siguiente:

- no pueden ser atacados o capturados.
- deberán ser protegidos y respetados en todo momento.
- en el caso de que un barco hospital estuviese en un puerto que cayese en manos del enemigo, se le autorizará para abandonar el puerto.
- no se clasifican como buques de guerra en lo que respecta a su permanencia en puerto neutral.
- si fuera de sus obligaciones humanitarias cometen actos perjudiciales para el enemigo, su protección sólo cesará después de que se les haya dado una señal de atención, con mención de un plazo de tiempo apropiado, tras el cual la señal haya quedado desoída.
- no se pueden tomar medidas de represalia contra ellos.

Son considerados como barcos hospitales, en lo que se refiere al otorgamiento de las anteriores protecciones:

- los barcos contruidos o equipados por una de las partes en conflicto con la finalidad de asistir a los heridos, enfermos o naufragados, militares y civiles, incluidos en las categorías citadas en el artículo 13 del Convenio.
- los barcos de la misma naturaleza utilizados por las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, por sociedades de socorro reconocidas oficialmente, o por personas particulares siempre que la parte en conflicto de la que dependan les haya dado un mandato oficial.
- los barcos de la misma naturaleza utilizados por Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, por sociedades de socorro que estén reconocidas de manera oficial, o

por personas particulares de países neutrales, siempre que se hayan situado bajo el control de una de las partes en conflicto y con la autorización de la misma, y cuenten además con el consentimiento previo de su propio gobierno.

Para beneficiarse de las protecciones que se han enumerado, estos barcos hospitales deben reunir las siguientes condiciones:

- sus nombres y descripciones tienen que ser notificados a las partes en conflicto al menos con diez días de antelación a que vayan a ser utilizados.
- deberán otorgar asistencia y socorro a los enfermos, heridos y naufragados sin distinción de la nacionalidad.

No se indica si la ausencia de distinción en relación con la persona que ostenta ese derecho es una condición del reconocimiento del estatus del navío como barco hospital, pero dada la importancia fundamental de la no-discriminación en el Derecho internacional humanitario, es probable que este sea el caso.

- no pueden utilizarse para un propósito hostil, no deben obstaculizar los movimientos de los combatientes, pueden ser inspeccionados y deben retirarse si así se les requiere.

-no deben cometer actos dañinos para el enemigo. Sin embargo, la pérdida de la protección queda sujeta al requisito del aviso especificado en el contexto de la protección que les está reconocida.

- no deben poseer ni utilizar un código secreto para la telegrafía o en otros medios de comunicación.

-los barcos mercantes que han sido transformados en buques-hospital no pueden utilizarse para otro uso durante las hostilidades.

Esta condición se insertó por primera vez en el II Convenio de Ginebra de 1949 para evitar que a los barcos hospitales se les asignase tareas que les capacitasen para alcanzar un determinado lugar con seguridad, y después ser utilizados para propósitos hostiles. Sin embargo, esta utilización no puede temerse de un ente neutral o imparcial. Como recoge el comentario CICR al Convenio: *;constituiría una extraña recompensa a los esfuerzos caritativos de los países neutrales limitar su libertad de una manera tal!*

-tienen que tener unos distintivos característicos, que de acuerdo con el artículo 43 de CII deben ser de la forma siguiente:

a.- todas las superficies exteriores tienen que ser blancas con cruces grandes de color rojo oscuro pintadas de tal forma que provoquen una visibilidad máxima. Una bandera blanca con cruz roja tiene que estar en el mástil principal tan alto como sea posible.

b.-su bandera nacional tiene que estar izada, y en el caso de un buque-hospital perteneciente a un Estado neutral, la bandera de aquella parte cuya dirección hayan aceptado.

En relación con el artículo 22 de la CII, el Comentario sobre el documento armonizado de Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados en el mar (DADIHACAM) señala, en su párrafo 169, que "con el

objetivo de otorgar la máxima protección a los barcos hospitales desde el momento del inicio de las hostilidades, los Estados tendrán que hacer de antemano una notificación general de las características de sus barcos hospitales según lo especificado en el artículo 22 de la II Convención de Ginebra de 1949. Tal notificación debería incluir toda la información disponible para que el barco pueda ser identificado". El artículo 22 del CII requiere pues, como condición para la protección de los barcos hospitales, que sus nombres y descripciones sean notificados a las partes en conflicto con diez días de anterioridad a que esos barcos sean utilizados. Esta cuestión fue una de las modificaciones que se introdujo en la Convención de 1949 con respecto a la de 1907.

Existen posturas que defienden que la notificación no tiene porque ser precisamente en los diez días anteriores a que sean utilizados, pues puede tener lugar en algún momento anterior<sup>882</sup>.

La importancia de esta cuestión radica en que puede haber bajas que necesiten tratamiento desde el primer día de hostilidades, y sería irrazonable tener que esperar hasta el primer día de las hostilidades para notificar la existencia y características del buque y, en consecuencia, que la protección correspondiente al status de barco hospital sólo pudiera desplegarse diez días después con la consiguiente ausencia de protección durante, al menos, esos diez días. No obstante, expertos en la Conferencia de Estocolmo habían propuesto un plazo de treinta días<sup>883</sup>.

---

<sup>882</sup> Louise Doswald-Beck, "Vessels, aircraft and persons entitled to protection during armed conflicts at sea", *The British Year Book of International Law*, 1994.

<sup>883</sup> J.S. Pictet, *Comentaire II Convention*. CICR, 1959.

El artículo 22 de la Convención indica que la notificación tiene que hacerse a las partes en conflicto, lo que significa un mínimo para la parte adversaria. Sin embargo, si la notificación se hace antes de que comience el conflicto, es probable que sea realizada también a otros Estados o, al menos, a aquellas probables partes en un conflicto predecible. Varios autores recomiendan, sin embargo, para el caso de esta notificación general previa a un conflicto, recordar a las partes beligerantes que la tienen que realizar, entre ellas, cuando se hayan iniciado las hostilidades.<sup>884</sup>

Si la notificación tiene lugar en periodo de hostilidades, lo más normal es que se haga a través de la intervención del intermediario de la potencia protectora, y es recomendable que también se dé noticia a los Estados neutrales para el caso de que un barco hospital entrase en un puerto neutral.

La Convención II, a diferencia del texto de 1907, que sólo exigía el nombre del barco hospital, requiere que la notificación contenga el nombre del barco hospital, su tonelaje bruto registrado, la eslora de proa a popa y el número de mástiles y de chimeneas. Esta cuestión es bastante acertada para asegurar la inmunidad de dicho transporte.

Por su parte el DADIHACAM sugiere que, añadido a los datos indicados en el artículo 22 de la II Convención de Ginebra, la información siguiente sea incluida en la notificación:

---

<sup>884</sup> Salah El-Din AMER, Louise Doswald-Beck, James H. Doyle, William J. Fenrick, Christopher Greenwood, Horace B. Robertson, Gert-Jan F. Van Hegelsom y Wolff Heintschel von Heinegg, "Commentary on the Harmonised document on International Humanitarian Law applicable to Armed Conflicts at Sea", Geneva, 12 march 1994.

- la señal de llamada u otros medios reconocibles de identificación del barco hospital.
- las frecuencias de radio utilizadas y los lenguajes usados,
- si el barco hospital está acompañado por otros transportes médicos, por ejemplo, helicópteros médicos.
- si está equipado con medios de defensa, y
- la posición del barco hospital, la ruta planeada y el tiempo estimado en la travesía así como la hora de salida y llegada si es apropiado.<sup>885</sup>

Finalmente, el artículo 26 recomienda que los barcos hospitales tengan al menos un tonelaje mínimo de 2000 toneladas<sup>886</sup>. Sin embargo, esta no es una condición para que se les considere barco hospital, ni para que se les otorgue la protección a la que tienen derecho.

Cuestión destacable es la relativa a las comunicaciones de los barcos hospitales, regulada en el artículo 34, párrafo 2 del II Convenio de Ginebra en los siguientes términos:

"En particular, los barcos hospitales no podrán tener ni utilizar ningún código secreto para su radio o cualquier otro medio de comunicación."

---

<sup>885</sup> Salah El-Din AMER, Louise Doswald-Beck, James H. Doyle, William J. Fenrick, Christopher Greenwood, Horace B. Robertson, Gert-Jan F. Van Hegelsom y Wolff Heintschel von Heinegg, "Commentary on the Harmonised document on International Humanitarian Law applicable to Armed Conflicts at Sea", Geneva, 12 march 1994.

<sup>886</sup> Respecto al tonelaje, los navíos de guerra se caracterizan por su tonelaje de desplazamiento, es decir, por su peso, mientras que los mercantes lo hacen por su "tonelaje registrado", es decir, por el volumen utilizable del navío, constando una tonelada de 100 pies cúbicos, es decir, de 2,83 m<sup>3</sup>. El tonelaje registrado "bruto" es este volumen menos el volumen consagrado a las máquinas, a la tripulación, a los aprovisionamientos de carburantes, víveres, agua, etc. Los barcos hospitales son considerados, en este sentido, como mercantes, ya que el elemento determinante es, para ellos, la capacidad hospitalaria.

Esta disposición apareció por primera vez en 1949, inspirada en la propuesta llevada a cabo por los expertos de 1937 y retomada por los de 1946 y 1947<sup>887</sup>, y estaba pensada para asegurar que los barcos hospitales no hiciesen un uso abusivo de sus aparatos para llevar a cabo comunicaciones de carácter militar, en particular, datos secretos como los relativos a avistamientos. Por tanto, estos barcos sólo podrían comunicar en abierto, o mediante un código conocido por todos.

El ejemplo más comúnmente citado de un barco hospital capturado y posteriormente condenado por un tribunal, fue el del *Ophelia* durante la Primera Guerra Mundial. Este fue un barco notificado por el gobierno alemán como barco hospital y capturado por los británicos el 18 de octubre de 1914. Entre las razones que llevaron a condenar al barco por el tribunal británico la más notable fue la presencia en el barco de equipamiento de señalización, que el tribunal juzgó excesivo para las necesidades de un barco hospital, y el hecho de que los registros indicativos de su uso habían sido quemados. El tribunal concluyó que el barco se había utilizado para espionaje. A partir de entonces se produjo una divergencia en los puntos de vista respecto a cuando a los barcos hospitales deberían serles permitidos equipamientos de comunicación.<sup>888</sup>

También ha surgido la cuestión, desde entonces, sobre si la prohibición del uso de códigos secretos, como se recoge en el texto inglés del II Convenio, implica cualquier uso, es decir, recepción y envío de mensajes, o solamente el envío, dado que el propósito que subyace detrás de esta

---

<sup>887</sup> J.S. Pictet. Obra citada.

<sup>888</sup> Salah El-Din AMER y otros, artículo ya citado.

disposición es esencialmente el de evitar posibles actividades de espionaje. La razón principal para resaltar esta cuestión está en que durante el conflicto del Atlántico Sur, los británicos detectaron que el cumplimiento de esta norma les suponía una gran dificultad, ya que conllevaba dar órdenes abiertas a los barcos hospitales arriesgando así delatar sus propias posiciones y movimientos probables. La solución que se encontró fue la abstención de informar a los barcos hospitales respecto de los movimientos de la flota, y hacer que los barcos esperasen en un *Red Cross Box*. Esto fue posible gracias a la geografía del área sud-atlántica, que consiste en grandes áreas de alta mar, pero podría resultar una solución impracticable en otras situaciones.

Durante el conflicto del Atlántico Sur, los barcos recibieron y enviaron todos los mensajes en abierto. Para poder mantener un contacto a larga distancia con sus bases, los barcos hospitales británicos usaron la radio télex a través del sistema de satélite INMARSAT. Los mensajes por télex también fueron intercambiados en abierto.<sup>889</sup>

El temor de desvelar secretos militares a través de dar instrucciones en las comunicaciones con los barcos hospitales significa que los estos pueden no ser informados en detalle sobre las evacuaciones médicas en las que se les requiere para participar, ni sobre la situación militar y los peligros del área en la que están operando.

Philippe Eberlin, al ser preguntado por esta cuestión, manifestó la opinión de lo poco afortunado que resultó que los barcos hospitales no pudiesen ser informados con detalle sobre las evacuaciones médicas en las que iba a ser

---

<sup>889</sup> Louise Doswald-Beck. Artículo ya citado.



requerida su participación, ni sobre la situación militar, ni siquiera sobre los riesgos y amenazas de la zona de operaciones. Su propuesta es que debería considerarse permitir que los barcos hospitales puedan recibir mensajes codificados aunque se mantuviese una limitación sobre su envío<sup>890</sup>.

No obstante, y en cuanto a la prohibición contenida en el artículo 34, es del texto inglés del que parece derivarse una prohibición de posesión y uso de códigos secretos tanto en las comunicaciones como receptor, como en las comunicaciones como transmisor; el texto francés, igualmente auténtico, prohíbe, según parece derivarse de su redacción, únicamente la emisión encriptada, es decir, el uso de códigos secretos en el envío de mensajes (pour leurs émissions)<sup>891</sup>.

Al margen de los matices introducidos por las características propias de cada lengua y su posibilidad de interpretación es lo cierto que la regulación contenida en el artículo 34 de la II Convención antes transcrito, relativa a la imposibilidad de que los barcos hospitales utilicen códigos secretos en sus comunicaciones bien pudiera haber contemplado algún límite a la prohibición o aclarado alguna cuestión sobre la misma en el propio texto, al menos en cuanto a la recepción de mensajes. Para dar cumplimiento al fin último de esta disposición que no es otro que evitar un uso indebido de los códigos secretos habría bastado la simple puesta en práctica de la designación de observadores neutrales que se cercioraran de la estricta observancia de las disposiciones del Convenio,

---

<sup>890</sup> Entrevista mantenida con Philippe Eberlin, Genève, septiembre, 2004.

<sup>891</sup> Ashley Roach, "The Law of Naval warfare at the turn of two centuries", The American Society of International Law, January 2000.

cuestión ésta contemplada en el apartado 4 del artículo 31 de la Convención, con lo que se habría evitado su absoluta prohibición que, en la práctica, plantea serios problemas.

Es cuestión también de extraordinaria importancia en el desenvolvimiento de la misión de los barcos hospitales la regulación de su defensa. La CII guarda silencio sobre el asunto de los posibles medios de defensa de un barco hospital. Su artículo 35 indica que las tripulaciones de estos barcos pueden estar armadas para su propia defensa o la de los enfermos o heridos. En este sentido, el artículo 35 establece:

"No se considerará que priva a los barcos hospitales o a las enfermerías de barcos, de la protección que les es debida:

- 1) el hecho de que el personal de estos barcos o de estas enfermerías esté armado y utilice sus armas para mantener el orden, para la propia defensa o la de sus heridos y enfermos;
- 2) el hecho de que a bordo de los barcos hospitales o en las enfermerías de barcos haya armas portátiles y municiones retiradas a los heridos a los enfermos y a los náufragos todavía no entregadas al servicio competente."

Por tanto, el artículo 35 de la II Convención de Ginebra establece que los miembros de los barcos hospitales pueden estar armados para su propia defensa y para la defensa de los enfermos y heridos. La Convención de 1907 ya establecía la citada excepción a la pérdida de protección, refiriéndose a armas de tipo individual y portátiles, como pistolas o fusiles. Pero la Convención no se refiere, en

todo su articulado a posibles medios de defensa de los barcos en sí mismos considerados.

Sin embargo, con las actuales técnicas de guerra es muy probable que un misil pudiese ser desviado de su objetivo militar utilizando medios de desvío para defensa, y que el misil pudiese encontrar un barco sin tales medios, por ejemplo, un barco hospital, previsiblemente vecino de buques de guerra. Otros medios de defensa disuasorios, como las bengalas y las trazadoras, deberían considerarse compatibles con la misión del barco hospital, pues resultaría irrazonable no permitir la defensa del propio buque. Por otra parte, la Convención no la prohíbe taxativamente, sino que no la regula.

Así el parágrafo 170 del Documento Armonizado de Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados en el mar indica que los barcos hospitales pueden estar equipados con métodos meramente disuasorios de defensa, como bengalas y dispositivos desviatorios. La presencia de tales equipos deberían ser notificados.

Por su parte, el Comentario sobre el DADIHACAM refleja que al no haber ninguna prohibición de que el barco hospital se pueda defender, no sería razonable no permitirle hacerlo en la medida en que no lo haga de forma que se pueda interpretar como potencialmente agresiva.

El parágrafo 170 del DADIHACAM se considera redactado de tal manera, al entender de los expertos que analizaron su contenido, que no deja lugar a dudas sobre que los barcos hospitales pueden utilizar métodos de defensa pero solo de desvío defensivo, nunca técnicas que puedan utilizarse de modo ofensivo, como por ejemplo armas antiaéreas. Ello es

necesario a fin de preservar la naturaleza inocente e inofensiva del barco hospital. Los ejemplos de bengalas y otros dispositivos se incluyeron para dar una idea de lo que se entiende por técnicas de desvío pero otras técnicas con la misma finalidad, son aceptadas. Por ello es posible que en el futuro existan nuevos métodos utilizables siempre en consonancia con lo señalado en este párrafo.

De acuerdo con el artículo 35.4 de CII, tampoco se perderá la protección cuando la actividad humanitaria del barco hospital o de las enfermerías de los barcos o de su personal se extienda a los civiles heridos, enfermos y náufragos, disposición novedosa en la Convención de 1949, ya que podían ser socorridos por el mismo hecho de guerra tanto militares como civiles.

El punto 5 del mismo artículo da cobertura a la protección de los barcos hospitales que transporten personas y material sanitario en exceso. Esta disposición de nueva creación se asemeja en el objeto del transporte con el artículo 38 de la CII, perteneciente al capítulo V sobre transportes sanitarios.

La II Convención de Ginebra de 1949 especifica el estatus y protección de las personas que se encuentran en barcos hospitales y otros transportes médicos, de manera diferente a lo que ocurre con otras categorías de transportes protegidos. Las disposiciones más completas y específicas se encuentran respecto a las personas en barcos hospitales.

De acuerdo con lo preceptuado en el artículo 36 de la CII, la tripulación no puede ser capturada, deberá ser respetada y protegida. Era necesario que la Convención de 1949 regulase esta cuestión para que este personal gozase

también de inmunidad. Por otra parte, dicho precepto establece que el personal médico, sanitario y religioso de los barcos hospitales y de otros barcos donde se preste asistencia médica o espiritual a los heridos, enfermos o náufragos de las fuerzas armadas y demás personas que se mencionan en el artículo 13 de la CII, no puede ser capturado y será respetado y protegido. Dicho personal, caído en poder del enemigo, podrá continuar llevando a cabo sus obligaciones en la medida en que sea necesario para el cuidado de los enfermos y heridos.

Por tanto, era lógico y preciso que se acordase dicha protección, pues privado un barco hospital de su tripulación y de su personal, no haría posible cumplir su objeto humanitario.

Este personal deberá ser devuelto tan pronto como el comandante en jefe en cuyo poder esté lo juzgue posible. Sólo podrá retenerse al mismo a causa de necesidades sanitarias y espirituales, debiendo tomarse las medidas oportunas para que su desembarco se produzca lo antes posible. Tras desembarcar quedará sometido a las disposiciones del CI.

#### **4) LA CONFIGURACIÓN JURÍDICA DE LAS EMBARCACIONES DE SALVAMENTO Y LA PROTECCIÓN OTORGADA DESDE EL II CONVENIO DE GINEBRA.**

Con anterioridad a la Convención de 1949, la X Convención de La Haya de 1907 sólo acordaba una cierta protección a las "pequeñas embarcaciones que podrán ser afectadas al servicio hospitalario". Fue en la Conferencia de Estocolmo

de 1948, a iniciativa de las Organizaciones de salvamento marítimo, cuando se reconoció la necesidad de asegurar a las embarcaciones de salvamento costeras una protección suficiente y que fuese objeto de una reglamentación adecuada.

Las embarcaciones menores utilizadas para operaciones de rescate costero, reguladas en el artículo 27 de la II Convención de 1949 con el siguiente tenor:

"En las mismas condiciones que las previstas en los artículos 22, 23 y 24, las embarcaciones utilizadas por el Estado o por sociedades de socorro oficialmente reconocidas para las operaciones costeras de salvamento serán también respetadas y protegidas, en la medida en que las necesidades de las operaciones lo permitan. Lo mismo se aplicará, en la medida de lo posible, a las instalaciones costeras fijas exclusivamente utilizadas por dichas embarcaciones para sus misiones humanitarias."

Tales embarcaciones tienen derecho, por tanto, a la siguiente protección:

- no pueden ser atacadas ni capturadas
- tienen que ser respetadas y protegidas en la medida en que lo permitan las condiciones operativas
- no están catalogadas como navíos de guerra en lo que respecta a su permanencia en puerto neutral
- no están permitidas medidas de represalia contra las mismas

Estas embarcaciones tienen derecho a esta protección si son empleadas por el Estado o por instituciones oficialmente

reconocidas como de salvamento marítimo para el rescate tanto de heridos, enfermos y náufragos sin distinción por causa de nacionalidad.

Las condiciones que deben reunir estas embarcaciones, únicas desde las cuales, según el CII, pueden gozar de la expuesta protección son, según se desprende de la aplicación del resto de los artículos referidos a los barcos hospitales:

- estar en posesión de los certificados otorgados por las autoridades competentes que declaren que la embarcación ha estado bajo su control durante su aparejo y partida (art.24)
- que no se utilicen para ningún propósito militar o para obstaculizar los movimientos de los combatientes (art. 30) Durante y tras el combate, actuarán por su cuenta y riesgo.
- que se sometan a inspección y obedezcan las órdenes de salir de una zona si así se les requiere (art.31)
- que sus superficies exteriores sean blancas con cruces grandes de color rojo oscuro pintadas de tal manera que tengan la máxima visibilidad (art.43)

Estas embarcaciones de rescate no tienen que ser identificadas de manera condicional a su protección, pero se aconseja a las partes en conflicto que se informen recíprocamente de todos los detalles de tales embarcaciones para facilitar su identificación.

Dos cuestiones de importancia son: en primer lugar la que se refiere a qué embarcaciones tienen que considerarse como susceptibles de entrar en la categoría de embarcaciones de

salvamento y, la segunda, cual es el alcance del concepto "operaciones costeras de salvamento".

Comenzando por la segunda de las cuestiones planteadas, J. Pictet, en su Comentario sobre la II Convención de Ginebra, realizado en 1959, explica respecto al artículo 27 que la expresión operaciones costeras de salvamento no significa que las embarcaciones que las acometen solo puedan operar en las proximidades del litoral. Si la necesidad humanitaria obligara a una de ellas a desplazarse hasta una distancia considerable de la costa, seguiría estando protegida. Esto le resulta evidente de la lectura de los artículos 30 y 31 de la propia Convención. Por tanto, para dicho experto, el artículo 27 de la II Convención de Ginebra de 1949 significa que toda operación de salvamento de vidas humanas, cerca o lejos del litoral, efectuada por un barco de salvamento con base en la costa.<sup>892</sup>

En efecto, los artículos 30 y 31 indican las condiciones según las cuales los barcos hospital y estas embarcaciones de rescate pueden demandar una protección especial. Por tanto, el Comentario citado hace referencia a estos artículos, como soporte de la conclusión de que aquéllas embarcaciones pueden salir al mar y operar por tanto lejos de la costa, dadas las referencias que en los mismos se realizan sobre el hecho de que el curso de tales embarcaciones puede ser alterado por los beligerantes, que las mismas no deben entorpecer los movimientos de éstos y que, durante y tras el combate actuarán por su cuenta y riesgo. Por tanto, dado que el conflicto se desarrollará en su mayor parte en el mar y que, tanto los buques-hospital como las embarcaciones de salvamento están involucrados en el socorro y la asistencia a los heridos, enfermos y

---

<sup>892</sup> J. Pictet, obra ya citada, 1959.



náufragos, sin distinción de nacionalidad, es lógico concluir, por tanto, que a los barcos de rescate les está permitido recoger víctimas más allá de una determinada distancia de la costa.

Por lo que se refiere a la cuestión de qué embarcaciones tienen que considerarse como susceptibles de entrar en la categoría de embarcaciones de salvamento se señalan dos análisis al efecto.

El primero de ellos se refiere a los trabajos preparatorios al artículo 27 del II Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949. En ellos nada hace indicación al deseo de limitar la protección únicamente respecto de embarcaciones de pequeño tamaño respecto al de las más grandes y ello aun cuando determinados términos del inglés o del francés presupongan tal característica en el término utilizado. La discusión se dirigió, más bien, a si también estas embarcaciones pequeñas, en contraposición con las grandes, pueden ser objeto de la misma protección. En este sentido la delegación británica se mostró a favor de un tonelaje mínimo para todos los navíos protegidos, ya que no encontraba razonable que un beligerante fuese a permitir a muchas embarcaciones pequeñas operar en una zona en conflicto. Por tanto, parece que la inclusión final en el texto de 1949 de embarcaciones costeras pequeñas obedeció a la toma en consideración de la existencia fáctica de estos tipos de embarcación de rescate, sin que existiera tampoco intención, por tanto, de excluir a las mayores. Sin embargo tal aparente exclusión final ha propiciado posteriores estudios y análisis de diferente alcance.

En este sentido conviene citar el informe redactado, tras la reunión celebrada en Ginebra del 16 al 18 de abril de

1984, por el grupo de trabajo integrado por representantes de la Conferencia Internacional para los Barcos de Salvamento (CIBS), de la Organización Marítima Internacional (OMI), de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) y del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y aprobado por las Sociedades Nacionales de Salvamento y las instituciones de salvamento de los Estados miembros de la Conferencia Internacional para los Barcos de Salvamento (CIBS).

Dicho informe contiene recomendaciones para mejorar la protección, en período de conflicto armado, de los barcos de salvamento y de sus tripulaciones, así como de las instalaciones costeras fijas de las organizaciones de salvamento y de su personal.<sup>893</sup>

Tales recomendaciones son el resultado de un detallado examen de las disposiciones del II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativas a los barcos de salvamento, que tenía por objeto resolver los problemas técnicos de aplicación de estas disposiciones. La Conferencia Internacional para los Barcos de Salvamento (CIBS) y la Organización Marítima Internacional destacaron la necesidad de clarificar las expresiones y los términos técnicos empleados para designar los barcos de salvamento y sus operaciones, dado que, en las versiones francesa, inglesa y española de los artículos 27, 30, 31 y 43 del II Convenio, se utilizan las expresiones siguientes:

-embarcations de sauvetage côtières; embarcations;  
canots de sauvetage côtiers;

---

<sup>893</sup> Philippe Eberlin, "La protección de los barcos de salvamento en período de conflicto armado, RICR, mayo-junio, 1985.

- coastal rescue craft; lifeboat; small craft; vessels; ships; coastal lifeboats; craft;
- embarcaciones costeras de salvamento; embarcaciones; canoas costeras de salvamento

En el lenguaje marítimo, sobre todo, tal diversidad de términos se prestaba a confusión cuando se hacía referencia a los barcos de salvamento. Por esta razón, el informe citado recomendaba utilizar exclusivamente las expresiones: bateaux de sauvetage; rescue craft y barcos de salvamento.

Dicho informe especifica además que, "en el futuro, las embarcaciones utilizadas por el Estado o por organizaciones de salvamento oficialmente reconocidas para las operaciones de búsqueda y de salvamento, de conformidad con el artículo 27 del II Convenio de Ginebra, deberían designarse "barcos de salvamento" sean cuales fueren sus dimensiones o su radio de acción. Estos barcos de salvamento no deberían limitarse a operaciones costeras de salvamento para ser objeto de protección y respeto, en la medida en que las necesidades de las operaciones lo permitan.

Esta recomendación se justifica por la evolución de las actividades en el mar y de las condiciones de navegación, marítima y aérea, así como por los progresos técnicos, que habían mejorado el radio de acción y la eficacia de los barcos de salvamento.

En conclusión el informe de 1984 otorgaba la protección del artículo 27 de la II Convención de Ginebra de 1949 a las embarcaciones de rescate con independencia de sus dimensiones o de su radio de acción.

El objetivo de estas embarcaciones de salvamento protegidas por el II Convenio de Ginebra de 1949 es el contenido en el artículo 18 del citado texto, esto es:

"Después de cada combate, las Partes contendientes tomarán sin tardanza cuantas medidas puedan para buscar y recoger a náufragos, heridos y enfermos, protegiéndoles contra saqueos y malos tratos y aportándoles los cuidados necesarios, así como para buscar los muertos e impedir que sean despojados".

Sobre qué personas tienen que ser consideradas como náufragos, el artículo 12 del II Convenio de Ginebra de 1949 indica:

"... el término naufragio será aplicable a todo naufragio, sean cuales fuesen las circunstancias en que se produzcan, incluso el amarraje forzoso o la caída en el mar."

En relación con el contenido de tales artículos se plantean diversas cuestiones sobre el alcance y distinción entre las operaciones de búsqueda y las operaciones de salvamento. Existen, al respecto, diversas consideraciones, distinguiéndose principalmente las sostenidas por expertos como Philippe Eberlin de las defendidas por, entre otros, Louise Doswald-Beck.

Según Philippe Eberlin las operaciones de búsqueda y recuperación no pueden considerarse como operaciones de salvamento en el sentido del II Convenio porque su finalidad es asistir a militares en el cumplimiento de su misión, ya se trate de llevarlos a lugar seguro tras haber alcanzado sus objetivos, en tierra o en el mar, o de

librarlos de una situación difícil después de que su avión haya sido derribado en el mar o cuando su barco o su embarcación se encuentre a la deriva o haya sido hundida; estos militares no dan signo alguno de estar en peligro y no renuncian a combatir e incluso pudieran tratarse de militares heridos que pretendieren escapar del cautiverio.<sup>894</sup>

También es posible que, aun tratándose de una situación difícil, no sea realmente una situación de peligro si los supervivientes están lo suficientemente sanos y disponen de aparatos de supervivencia que les permitan señalar su posición y esperar la llegada de los medios previstos para salvarlos, aparatos que a menudo los combatientes especializados conocen bien.

Estas operaciones de búsqueda y de asistencia permiten, con frecuencia a los combatientes que se han beneficiado de ellas reincorporarse al servicio, a veces muy rápidamente. Esto no puede dejar indiferente al adversario, sobre todo si se trata de combatientes especializados, como pilotos de aeronaves, navegantes, buceadores-desactivadores de minas, etc.

Por esta razón, y porque pueden estar armados, los medios empleados para las operaciones de búsqueda y de asistencia de combatientes no pueden considerarse como medios de transporte sanitarios que se beneficien de la protección de los Convenios, salvo acuerdos especiales.

Por el contrario, Louise Doswald-Beck es de la opinión de que la situación legal no parece apoyar las tesis de

---

<sup>894</sup> Philippe Eberlin, "La protección de los barcos de salvamento en periodo de conflicto armado, RICR, mayo-junio, 1985.

Eberlin. En este sentido aduce que ningún tratado ni costumbre hace diferencia alguna entre combatientes especializados y otros, ni tampoco entre personas naufragadas que aparezcan razonablemente operativas y que por tanto pudiesen tomar pronto parte en las hostilidades, y otros.

Entiende, que de los artículos 18 y 12 antes transcritos, la única conclusión posible es la de que todas las personas naufragadas son inmunes al ataque. Ninguna referencia hay en ellos que permita excluir a aquellas personas que se encuentren en la situación de náufrago después de haber llevado a cabo una operación especial o que sean todavía aptos par el servicio. De hecho si una parte en conflicto está obligada a rescatar a su propio personal que esté enfermo, herido o naufragado, sin que haya ninguna obligación para la parte sobre restringir o prohibir su vuelta a las hostilidades, tal búsqueda y rescate debe hacerse en condiciones que posibiliten tal actuación, esto es, condiciones estas que se articulan con la obligación para la parte contraria de abstenerse de atacar a estas personas mientras se encuentren en tal situación.

Respecto a tales disquisiciones quizá pueda apuntarse una apreciación que acerque ambas posturas o que las haga menos absolutas. Para ello basta tomar en especial consideración la estipulación del artículo 27 que construye la protección de las embarcaciones de salvamento "en la medida en que las necesidades de las operaciones lo permitan". Tales operaciones se refieren, lógicamente, a las operaciones militares de combate que resultan, por tanto, el referente desde el que se despliega el respeto y la obligación de abstención de ataque a dichas embarcaciones. Tal referente, que actúa como mínimo excluyente de la

protección debida, no es más que la toma en consideración de la "necesidad militar" siempre presente en el derecho internacional humanitario. Desde la prioridad militar, la protección al náufrago queda en realidad relegada a una posibilidad residual, lo que de alguna manera conecta con la visión de Eberlin. Así, resultaría posible afirmar que puede constituir una necesidad militar el aseguramiento sobre la verdadera puesta fuera de combate de los náufragos para llevar bien llevar a cabo su rescate o permitir el mismo. Igualmente, el respeto y protección a las embarcaciones de salvamento, desde la articulación realizada en el II Convenio de Ginebra de 1949, podría quedar soslayado desde la prioridad de las operaciones militares de modo que un ataque a una embarcación de salvamento que acuda a una operación de rescate podría no catalogarse como una acción positiva para evitar la supervivencia de los náufragos. Tal conclusión podría derivarse también del contenido del artículo 30 de la CII que, desde la consagración del interés o necesidad militar, estipula que tanto los barcos hospitales como las embarcaciones de salvamento "no deben estorbar los movimientos de los combatientes" así como que "durante y tras el combate, actuarán por su cuenta y riesgo".

Por otra parte, el artículo 12 del II Convenio de Ginebra de 1949, antes transcrito, se refiere a la condición de náufrago, diferenciándola de la del enfermo o la del herido, considerando náufrago a todo aquél que haya sufrido un naufragio, cualesquiera que fueran las circunstancias en que se haya producido el mismo, incluyendo el amaraaje forzoso o la caída al mar. De tal concepto no se desprende que el náufrago participe, forzosamente, de la condición de herido y por lo tanto de la circunstancia de la posición de fuera de combate hasta su curación, sino que tal puesta

fuera de combate, caso de ser realizado el rescate por embarcaciones de salvamento de la parte contraria, lo será simplemente hasta el momento en que éste se produzca.

Como quiera que el artículo 15 del citado Convenio establece que cuando se recoja a bordo de un buque neutral a náufragos, se tomarán las medidas convenientes para que no puedan volver a tomar parte en operaciones de guerra y que el artículo 16 previene que los náufragos de un beligerante caídos en poder del adversario serán prisioneros de guerra y podrán ser guardados o enviados al país captor, o a un puerto neutral o incluso a un puerto del adversario siempre que en este último caso ya no presten servicio durante la guerra, es lo cierto que puede entenderse que cuando el rescate es llevado a cabo por embarcaciones de salvamento del país del náufrago la consecuencia establecida en dichos artículos de que no pueden tomar parte en operaciones de guerra no llegaría a producirse, posibilitándose en cambio una pronta incorporación al combate y en consecuencia una importante cercenación del interés militar de la parte contraria.

No cabe duda, no obstante, que aunque tales interpretaciones son posibles desde los preceptos contenidos en la II Convención no resultan, en cambio, las más deseables. Sí lo es, por el contrario, aquella interpretación que, siendo también posible desde el mismo articulado, conduce a un mayor realce del sentir humanitario de la norma, lo que resulta mucho más alentador y, al fin, más próximo al objetivo pretendido, esto es, la humanización de las hostilidades.



En este sentido puede señalarse la imperatividad del artículo 12, cuya redacción no deja lugar a la excepción de la norma.

Por su parte, el artículo 18 también es redactado en términos imperativos y, como el anterior, no se somete a condición o limitación, no establece ninguna situación ni prioriza otro fin que no sea el de la protección de los náufragos, en definitiva, constituye un mandato en términos absolutos.

Por último, conviene señalar la inexistencia de cláusula alguna que obligue a poner fuera de combate a los náufragos rescatados por su país, por lo que hay que concluir que tal previsión no ha formado parte de la intención del legislador toda vez que en el resto de supuestos de rescate de náufragos, ya por un país neutral, ya por un país enemigo, sí ha sido expresamente formulada. De todo ello no cabe sino extraer como consecuencia que la pretensión humanitaria de asistencia a los náufragos pasa por una auténtica implicación de facto de los beligerantes, pues como se ha apuntado, la recogida, asistencia y protección de los mismos redundará en propio beneficio, por lo que tal protección se convierte en interés militar. Este es, posiblemente, el modo más interesante, seguro y acertado para conseguir una finalidad humanitaria en la guerra; que la misma constituya, a la par, un beneficio militar.

En cuanto al cese de la protección de barcos de salvamento, expresamente no hay disposición en la Convención de 1949 que se refiera a ello. Es cierto que si las embarcaciones de salvamento cometen actos perjudiciales para el enemigo, quedarán privadas de protección, en virtud de los principios generales de la Convención y sobre todo del

artículo 30 del CII. Pero no es menos cierto que el artículo 34 del citado Convenio no dispone nada del cese de la protección respecto de estas embarcaciones.

En lo que respecta al personal de las embarcaciones de salvamento no hay ninguna indicación sobre el estatus de la tripulación de una embarcación de rescate. Si la embarcación pertenece a una potencia neutral, no habrá duda de que el personal no puede ser capturado, salvo que, por supuesto, cometa algún acto hostil.

Con respecto a la tripulación de una embarcación de rescate de un beligerante, el CII nada establece. No obstante, podrían tener la misma disposición por analogía con las normas para los barcos hospitales, es decir, la tripulación no puede ser capturada, ya que no podría llevarse a efecto el objeto de su misión humanitaria que ampara la referida CII.

Esta cuestión viene siendo reivindicada por la ILC desde su VII Conferencia de 1955, siendo denunciada en 1984 por el Grupo especial de trabajo propuesto por la XIV ILC, considerada por la Reunión de Expertos navales gubernamentales de 1986 y apoyado su reconocimiento para dar solución por la XXV CFICR de 1986.

Por lo que se refiera al personal médico y religioso la protección es la misma que la dispuesta para los barcos hospitales. El artículo 37 del II Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949 tiene una redacción lo suficientemente general como para entender la cobertura en el sentido apuntado.

5) EL DENOMINADO TRANSPORTE SANITARIO EN EL II CONVENIO DE GINEBRA, SU CATALOGACIÓN, CONFIGURACIÓN Y PROTECCIÓN. OTROS TRANSPORTES PROTEGIDOS EN LOS CONVENIOS III Y IV.

El II Convenio de Ginebra de 1949 regula, como transportes sanitarios, una última categoría de barcos con objetivos sanitarios. Dice su artículo 38:

"Los barcos fletados con esta finalidad estarán autorizados a transportar material exclusivamente destinado al tratamiento de los heridos y de los enfermos de las fuerzas armadas o a la prevención de enfermedades, con tal de que las condiciones de su viaje hayan sido notificadas a la Potencia adversaria y aceptadas por ésta. La Potencia adversaria tendrá derecho a interceptarlos, pero no a apresarlos ni a confiscar el material transportado."

Del citado artículo se desprende que los barcos que sean especialmente contratados para el transporte exclusivo de equipamiento para el tratamiento de heridos y enfermos de las fuerzas armadas o para la prevención de enfermedades no deben ser ni atacados, ni capturados ni sujetos a represalias. Las condiciones que tienen que reunir para optar a esta protección son:

-tienen que transportar solamente este tipo de equipamiento<sup>895</sup>

---

<sup>895</sup> J.S. Pictet, obra citada. Se puede incluir como equipamiento, pues, el material sanitario correspondiente a los instrumentos y vendajes necesarios para el cuidado de los heridos y de los medicamentos. Por otra parte, nada exige que estos barcos estén definitivamente consagrados a tales transportes. Por ello se puede dar el caso de

-los detalles relativos a su viaje deben haber sido notificados a la potencia adversaria y aceptados por ésta

-no deben cometer actos dañinos para el enemigo

-la Potencia adversaria tendrá derecho de abordaje para su inspección

-podrán ir a bordo observadores neutrales para verificar el equipamiento que se transporte. Tal cuestión no constituye en sí una condición para la protección pues parte de un previo acuerdo entre las partes contendientes.

-las condiciones de su viaje deben haber sido señaladas a la parte contraria y haber sido aprobadas por la misma.

Una vez cumplida las citadas prescripciones, la potencia contraria conservaría el derecho de su control, que no el de su captura. La potencia contraria lo único que debe aprobar entre otras cuestiones, es su itinerario marítimo, la fecha, la velocidad del barco y su señalización<sup>896</sup>.

La redacción del artículo transcrito parece excluir aquellos barcos que se hayan contratado para este propósito por Estados neutrales o por organizaciones humanitarias independientes. No obstante, ello no debe interpretarse en el sentido de que puedan ser objeto de algún tipo de ataque o represalia sino, por el contrario, que quedando precisamente fuera de toda lógica e interpretación analógica que los barcos neutrales contratados para el transporte de equipo médico puedan ser objeto de algún tipo

---

realizar nuevos viajes con un objeto distinto, pero entonces no disfrutarán de ninguna protección particular.

<sup>896</sup> En este artículo 38 no consta la utilización de signo distintivo para este tipo de barcos, a diferencia de los barcos hospitales señalados en el artículo 35.5 de CII.

de ataque o desprotección, es lo que previsiblemente motivó que no se les incluyera en el artículo citado.

Tampoco se incluyen en la protección otorgada por este precepto los barcos que se dediquen al transporte de equipo para el tratamiento de enfermos o heridos civiles. No obstante, en la medida en que sea el equipamiento para civiles el que quede afectado, se podría alegar que es en el artículo 23 de la IV Convención de Ginebra de 12 de agosto de 1949 en el que encuentra la debida protección, precepto en el que se establece el permiso de paso por las partes en conflicto -sujeto a ciertas condiciones-, y en el que se dota dichas embarcaciones de la exención de ataque y captura.<sup>897</sup>

El anterior artículo 21 recoge la protección de aquellos transportes marítimos cuya misión corresponde al traslado de heridos y de enfermos civiles, de inválidos y de parturientas. Estos barcos se deberán dar a conocer enarbolando el emblema distintivo previsto en el artículo 38 del CI, es decir, la cruz roja, media luna roja o león y el sol y el león rojos, aunque este último ya no se utiliza desde 1980.

El artículo 59, también de dicho CIV, establece el libre paso de socorros con destino a un territorio ocupado por una parte adversa, señalándose el derecho de verificación.

Por lo que se refiera al personal de estos transportes sanitarios no hay disposiciones especiales. No obstante, como quiera que estos barcos no pueden ser capturados, en buena lógica la tripulación tampoco debería de serlo,

---

<sup>897</sup> Ashley Roach, "The Law of Naval warfare at the turn of two centuries", *The American Society of International Law*, January 2000.

siendo muy acertada la postura de Louisse Doswald-Beck en este sentido, lo mismo que el personal religioso y médico que debe contar con la misma protección que si se hallare a bordo de un barco hospital.

El CIII dispone del artículo 72 para tratar del transporte, a los efectos del derecho que asiste a los prisioneros de guerra de recibir paquetes que contengan alimentos, ropa, medicamentos, etc, y aunque expresamente no señala ninguna referencia al tipo de medio, no obstante el artículo 75 del citado CIII establece que en el caso de que las operaciones bélicas impidan a las Potencias interesadas cumplir la obligación de garantizar los citados envíos, las Potencias protectoras interesadas, el CICR o cualquier otro organismo aceptado por las partes en conflicto, se encargarán de garantizar el transporte por los medios adecuados, entre los que se señala el de los barcos.



## **CAPÍTULO 2**

### **DE LA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE** **SANITARIO** **AÉREO EN LOS CONVENIOS GINEBRA DE 1949**

#### **1) LA CONFIGURACIÓN JURÍDICA DE LAS AERONAVES** **SANITARIAS Y LA PROTECCIÓN OTROGADA DESDE EL I** **Y II CONVENIOS DE GINEBRA.**

El transporte sanitario aéreo está regulado en la Convención de Ginebra de 1949 a través del I y II Convenios, que disponen cada uno de dos artículos -36 y 37 para el primero y 39 y 40 para el segundo- siendo aquéllos y éstos copia idéntica.

El I Convenio lo regula en el Título IV, "Transportes Sanitarios", mientras que en el II Convenio de Ginebra se integra en el Capítulo V, también bajo el título "Transporte sanitario", estando los artículos citados -39 y 40- precedidos del artículo dedicado a los barcos fletados para transporte de material destinado al tratamiento de heridos y enfermos.

En este sentido, bien el título del capítulo, bien la integración de las aeronaves sanitarias en el mismo, merecen algún reproche, habida cuenta de la naturaleza genérica del primero, bajo el que podría haberse regulado todo lo relativo a los barcos hospitales, las embarcaciones de salvamento, las embarcaciones de material sanitario y las aeronaves sanitarias, dado que es el elemento físico,



la nave, la que resulta objeto de regulación. Titular como transporte sanitario tan solo a las embarcaciones dedicadas al transporte de material, en parangón con las aeronaves, resulta cuando menos sorprendente, dado el carácter menor de las primeras en relación con los barcos hospitales y con las embarcaciones de salvamento y la total diferenciación con las aeronaves, su destino y configuración.

Las aeronaves sanitarias se definen en los artículos 36 y 39 de la I y II Convenciones de Ginebra, respectivamente, como:

"Aeronaves que se utilizan exclusivamente para la retirada de heridos, enfermos y náufragos, y para el transporte del personal médico y de su equipamiento."

Pese a la exclusividad con que se define el destino de estas aeronaves el texto no exige que tales aeronaves deban encontrarse asignadas permanentemente a tales fines. Tan solo es necesario para participar de la categoría de aeronave sanitaria a tenor del II Convenio de Ginebra que sean utilizadas de manera exclusiva para una o varias de las tareas descritas en su definición en los vuelos pertinentes para que sean catalogadas como AS.

A diferencia de las disposiciones relativas a los barcos hospitales, no existe una regulación específica respecto a las AS de carácter neutral, o respecto a las que se ponen a disposición por parte de las organizaciones humanitarias. La situación de las aeronaves que no son hostiles y que, por lo tanto, deberían poder disfrutar del privilegio de la protección, es pues menos favorable de la que ostentan los buques. La razón principal radica en que las embarcaciones se benefician de la evolución que ha sufrido el derecho

consuetudinario a lo largo del siglo XIX y las disposiciones de las Convenciones de La Haya de 1907, que fueron adoptadas antes de la llegada de la aviación.

No obstante lo antedicho, debe asumirse que éstas han de poder gozar también de, por lo menos, la misma protección de la dispensada a las aeronaves sanitarias enemigas.

Tampoco existen disposiciones particulares atinentes a las aeronaves que se utilicen en las operaciones de rescate. Del mismo modo que ya ocurrió en 1929, no se creyó procedente inmunizar a aviones que se dedicasen a la búsqueda de heridos, basándose en razones de seguridad militar, quizá porque éstas deben quedar claramente incluidas en la definición de aeronave sanitaria, dentro de la finalidad de evacuación de los náufragos.

Las AS están explícitamente protegidas contra los ataques. Sin embargo, tampoco queda explicitada su protección respecto de la captura. No obstante, la misma se desprende, de modo implícito, de su permisión en el supuesto de violación de alguna de las condiciones necesarias para tener garantizada la protección, esto es, la captura finalmente solo está permitida en el caso de que se hayan violado alguno de los requisitos exigidos para gozar de respeto y protección, por lo que *a sensu contrario* la protección se proyecta prohibiendo la captura de las AS que cumplen las condiciones para que tal protección les sea aplicada.

El cambio importante con relación al artículo 18 del Convenio de 1929, es que las AS no serán respetadas más que cuando cumplan las condiciones siguientes:

- 1.- el acuerdo previo sobre las horas, altitudes e itinerarios, todo lo que ha de ser convenido entre todas las Partes en conflicto interesadas
- 2.- la notificación previa a las Potencias neutrales del paso sobre su territorio, con acatamiento de toda intimación de aterrizar o de amarar además del acuerdo previo respecto de la altitud, horario e itinerario entre las Partes en conflicto y las Potencias neutrales involucradas.
- 3.- el acatamiento de toda intimación de aterrizar o de amarar.
- 4.- el cumplimiento de la prohibición de volar sobre territorio enemigo u ocupado sobre el enemigo, salvo acuerdo en contrario.

Con respecto a los dos primeros puntos cabe afirmar que el signo distintivo no era suficiente para su protección, ya que en una guerra moderna se abre fuego sin distinguirse las insignias o color. Era más efectivo que se conociera su itinerario, altitud y horario de vuelo, para obtener una mayor seguridad y garantías a los beligerantes contra los posibles abusos.

La solución que se acordó en estas Convenciones I y II tenía por efecto subordinar cualquier empleo de aviones sanitarios inmunes a que se hubiese concluido un acuerdo entre los beligerantes. A falta de acuerdo, los beligerantes sólo podrían utilizar los aviones sanitarios por su cuenta y riesgo. Por otra parte, no es necesario que un avión esté especialmente acondicionado ni afectado absolutamente a fines sanitarios para que sea protegido. Ello parece justificarse por cuanto los aviones son requeridos para prestar auxilio de urgencia, con frecuencia a través de una acción improvisada. Cabe reseñar que los

cuatro artículos, 36 y 37 CI y 39 y 40 CII, hablan de "aeronaves sanitarias" y no de aviones, cuestión que dejaba una puerta abierta a los helicópteros.

En el ámbito de la señalización, al igual que en el Convenio de 1929, prescribe que los aviones sanitarios tienen que enarbolar ostensiblemente el signo distintivo de la Convención, junto a los colores nacionales, sobre sus superficies inferior, superior y lateral. No establece nada de las alas, porque seguramente los helicópteros no tenían suficiente plano para incorporar el distintivo. A diferencia de la Convención de 1929, no se ha mantenido el color blanco que ofrecía una buena visibilidad, a cambio de ganar en tiempo a la hora de acondicionar los aparatos, para su utilización en casos de urgencia.

Por otra parte, la Convención de 1949 abre la vía a los progresos técnicos que podrían llevarse a cabo en este ámbito, al prever que los aviones sanitarios pudieran, además, estar dotados con otros medios de señalización o de reconocimiento fijados entre los beligerantes interesados.

Resulta, pues, sustancial a la protección de las AS el cumplimiento de un régimen de acuerdos previos, sin los cuales, tales aeronaves carecerán de protección alguna, pudiendo ser objeto de ataque y, por supuesto, de captura. Tal sometimiento a acuerdos previos dio en llamarse "el anclaje de las aeronaves al suelo" y se planteó desde la óptica de la dificultad en la señalización de las aeronaves sanitarias de manera eficaz, frente a los medios desarrollados, modernos y rápidos, de defensa antiaérea<sup>898</sup>.

---

<sup>898</sup> E. Evrard, "La protection juridique des transports aériens sanitaires en temps de guerre" Annales de droit international médical, Mónaco, 1965.

Por lo que respecta al sobrevuelo del territorio enemigo, éste constituyó en 1929 el verdadero problema, cediendo en este punto ante las exigencias militares, basadas en el riesgo de poder ser observada la táctica o la situación de las partes beligerantes. La nueva redacción adoptada ha rebajado singularmente el texto anterior. En 1949, no se prohíbe más que el territorio enemigo u ocupado por el enemigo, pudiendo traspasarse la línea de fuero y de la zona situada delante de los establecimientos sanitarios de selección.

En caso de aterrizaje o de amaraaje impuesto, la aeronave con sus ocupantes podrá reanudar el vuelo, tras un eventual control, caso de cumplir con las condiciones de su protección.

Respecto a la orden de aterrizaje, a fin de controlar el cumplimiento del objeto humanitario, ésta constituye la garantía de la parte enemiga para evitar cualquier tipo de abusos. Esta disposición tan importante, que data por otra parte de 1929, instituyó formalmente que las AS deberán obedecer a cualquier orden de aterrizaje.

La Convención de 1949 acordó una solución más abierta al autorizar al avión, con sus ocupantes, reemprender el vuelo permitiendo una rápida evacuación de determinados enfermos y heridos.

Por su parte, en caso de aterrizaje o de amaraaje fortuito en territorio enemigo u ocupado por el enemigo, los heridos, los enfermos y los náufragos a bordo, así como la tripulación de la aeronave, serán prisioneros de guerra, mientras que el personal sanitario será tratado de acuerdo a las disposiciones generales de la Convención (artículos

24 y siguientes). En cuanto al aparato en sí mismo considerado, será botín de guerra. Si perteneciese a una sociedad de socorro será considerado como propiedad privada.

El sobrevuelo de países neutrales está regulado en el artículo 37 del CI y 40 del CII, y establecen una gran novedad, pues concilian dos exigencias: por un lado, los intereses humanitarios, y, por otra parte, los derechos de los Estados neutrales. Los aviones sanitarios de los beligerantes pueden sobrevolar el territorio de los países neutrales y aterrizar en el mismo en caso de necesidad, para poder hacer escala, y al mismo tiempo se reserva a los países neutrales el derecho de fijar las condiciones y las restricciones relativas al sobrevuelo y al aterrizaje, al prescribir que se apliquen de una manera igualitaria a todos los beligerantes.

No obstante habrá tres condiciones y restricciones: los aviones sanitarios deberán notificar con carácter previo a las potencias neutrales el paso sobre su territorio; deberán obedecer a cualquier orden de aterrizaje; sólo quedarán protegidas del ataque en el caso de que vuelen a la altitud, en los horarios y siguiendo el itinerario que se hayan específicamente convenido entre las dos potencias interesadas, la beligerante y la neutral.

Los heridos, los enfermos o los náufragos desembarcados en un territorio neutral por una AS que esté autorizada, deberán quedar retenidos por el Estado neutral, de modo que no puedan volver a participar en las operaciones de guerra, salvo acuerdo en contrario entre el Estado neutral y las Partes en conflicto. Los gastos de hospitalización y de

internamiento serán sufragados por la Potencia a la que pertenezcan.

Por lo que respecta al personal sanitario y religioso de las aeronaves sanitarias, su protección se regulariza en virtud del artículo 4 de la I Convención de Ginebra de 1949, pues las Potencias neutrales aplicarán por analogía las disposiciones de la mencionada Convención para cuando éste personal pertenezca a las Fuerzas Armadas.

Los Convenios I y II de Ginebra establecen de modo idéntico, en sus artículos 36 y 39 respectivamente, la protección de dicho personal, remitiéndose a los artículos 24 CI y 36 y 37 CII, que acuerdan que no puede ser objeto de captura y debe ser respetado y protegido. Podrán continuar llevando a cabo su tarea en la medida en que fuere necesario para el cuidado de los heridos y enfermos. Después, habrá de ser devuelto.

En cuanto a la tripulación, su status de protección varía considerablemente del dispensado a la tripulación de un buque hospital. Así, los componentes de la tripulación de una aeronave que aterriza sobre territorio enemigo pueden ser retenidos como prisioneros de guerra, cuando la tripulación de un buque hospital no puede ser capturada, debiendo ser respetada y protegida. Según se desprende del Comentario del Comité Internacional de la Cruz Roja, tal tratamiento desigual frente a la tripulación del buque hospital fue adoptado de propósito ante el temor al espionaje. De nuevo se vislumbra en este artículo la prioridad militar frente a la protección humanitaria.

El medio aéreo, también para el transporte con misión humanitaria, está protegido mediante el artículo 75, en

relación con el 72 del CIII para envíos de medicamentos, alimentos o ropa a prisioneros de guerra. El artículo 22 del CIV establece la protección de las aeronaves empleadas para el traslado de enfermos civiles, de inválidos y de parturientas, así como de material sanitario y medicamentos, con destino a la población civil, autorizándose el libre paso, de acuerdo con el artículo 23 del CIV.

También el artículo 29 del CIV acuerda el libre paso de envíos correspondientes a víveres, artículos médicos y de ropa, a través de organismos humanitarios imparciales, como el CICR.

Este tipo de transporte por vía aérea deberá, en el caso primero que regula el III Convenio de Ginebra, obtener los correspondientes salvoconductos. En el segundo caso, el IV Convenio, a parte de disponer que se debe acordar entre todas las partes en conflicto el itinerario, altitudes y horas, establece la posibilidad de que dicho transporte pueda ir con el emblema distintivo de la Cruz Roja, media luna roja y sol y león rojos.

## **2) HERIDOS, ENFERMOS Y NÁUFRAGOS: UNA CATEGORÍA JURÍDICA ESPECÍFICA.**

Por lo que se refiere a la categoría jurídica de los destinatarios de las aeronaves sanitarias, esto es, los heridos, los enfermos y los náufragos, la misma es la establecida en los artículos 12 y siguientes del II Convenio en el que se inserta la regulación correspondiente a las aeronaves sanitarias.





## CAPÍTULO 3

### LA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO EN EL PROTOCOLO ADICIONAL I DE 1977

#### 1. CUESTIONES JURÍDICAS DEFINIDORAS DE LOS PROTOCOLOS DE 8 DE JUNIO DE 1977 ADICIONALES A LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 1949.

La búsqueda de un justo equilibrio entre las exigencias humanitarias y las limitaciones de la guerra marítima justificaron los trabajos que desembocaron en la adopción del Protocolo I. Su principal finalidad, la atenuación de algunas lagunas de la II Convención de Ginebra. En este sentido, dos son los aspectos de mayor relevancia en relación con los conflictos armados marítimos:

1.- la definición de naufragio y de náufrago, más amplia y a la par, más definida que la contenida en el II Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949

2.- la ampliación, a través de los artículos 22 y 23 del PI de la aplicación del CII a otras embarcaciones o navíos más allá de los mencionados por ésta.

El PI contiene disposiciones que son indistintamente aplicables a todos los teatros de operaciones, exponiendo reglas generales, precisando aspectos de la protección contra los efectos de las hostilidades y atenuando la distinción entre las dos primeras convenciones de Ginebra. Así, su Título II se aplica prácticamente sin matices a los heridos, enfermos y náufragos cualquiera que sea el teatro de las hostilidades armadas de qué se trate.

Probablemente el aspecto más destacable de este Protocolo es el de extender la aplicación de las Convenciones de Ginebra, en particular de la Segunda, a los conflictos armados que, no siendo interestatales, tampoco dejan de ser considerados como internacionales en el sentido del artículo primero, apartado cuarto, del propio Protocolo, es decir, aquellos en los que "los pueblos luchan contra la dominación colonial y la ocupación extranjera y contra regímenes racistas en el ejercicio del derecho de los pueblos a su autodeterminación". Que su efecto sea verdaderamente multiplicador de la aplicación de la II Convención es sin duda su objetivo, si bien, resulta incierto que los posibles protagonistas de este género de conflicto armado en el mar tengan los medios para poder aplicar la II Convención de Ginebra<sup>899</sup>.

Un Protocolo participa de la condición de tratado según la definición de la Convención de Viena de 23 de mayo de 1969 sobre el Derecho de los Tratados, esto es, "un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional, (...) cualquiera que sea su denominación particular. Es indiscutible que los PI y PII de 8 de junio de 1977 tienen la categoría jurídica de tratado. El hecho de que se denomine protocolo responde a la costumbre de designar con la expresión de protocolo o protocolo adicional a un tratado que complementa a un tratado preexistente, si bien también existen tratados complementarios a los que no se denomina protocolos e incluso protocolos independientes. Lo que por tanto sí es indiscutible es que, sea cual sea su denominación o naturaleza, su condición es la de tratado<sup>900</sup>.

---

<sup>899</sup> Jean Mallein. Artículo ya citado.

<sup>900</sup> P. Reuter, " Introducción au droit des traités", París, 1972

El carácter adicional de los Protocolos I y II de 8 de junio de 1977 tiene como consecuencia que no se trata de instrumentos independientes. Son tratados vinculados a las Convenciones de Ginebra de 12 de agosto de 1949 y resulta imposible obligarse por los Protocolos sin haberse obligado previamente por los Convenios o sin obligarse simultáneamente por ellos.

Se trata de una vinculación primordial y orgánica. El PI completa esencialmente los cuatro Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 para la protección de las víctimas de los conflictos internacionales y el PII completa el artículo 3 común a los cuatro Convenios, relativo a los conflictos armados no internacionales. El PI completa las normas de fondo de los Convenios y sus mecanismos de aplicación y está regido, a su vez, tanto por las disposiciones pertinentes de éstos, -especialmente las generales y finales-, que no ha enmendado, como por los principios generales de dichos Convenios.

El Título II del Protocolo adicional relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, "Heridos, enfermos y náufragos", se estructura en tres secciones:

Sección I- "Protección general" en la que se incluye la terminología, el ámbito de aplicación y otras cuestiones generales, así como la protección a la categoría de personal civil;

Sección II- "Transporte sanitario", dividida en la protección prestada al transporte sanitario terrestre (un artículo), al transporte sanitario por agua (dos artículos) y al transporte sanitario por aire (ocho artículos). El

transporte aéreo constituye, por tanto, la parte más extensa de la sección.

### Sección III- "Personas desaparecidas y fallecidas"

Todas las definiciones concernientes al Título II se agrupan en el primer artículo de este título, el artículo 8, denominado "terminología".

Destaca entre tales terminologías la concerniente a la categoría de personas que da nombre al Título: heridos, enfermos y náufragos.

## **2) HERIDOS, ENFERMOS Y NÁUFRAGOS: UNA CATEGORÍA JURÍDICA AMPLIADA.**

Este epígrafe, previo al estudio del transporte sanitario marítimo y aéreo, trata de la exposición del significado de lo que entiende por heridos, enfermos y náufragos el Protocolo I, y ello en base a que estas personas "víctimas de los conflictos armados" son el objeto de la misión de los medios de transporte sanitarios por agua y aire.

La letra a) del artículo 8 dice:

"Se entiende por "heridos" y "enfermos" las personas, sean militares o civiles, que debido a un traumatismo, una enfermedad y otros trastornos o incapacidades de orden físico o mental, tengan necesidad de asistencia o cuidados médicos y que se abstengan de todo acto de hostilidad. Esos términos son también aplicables a las parturientas, a los recién nacidos y a otras personas que puedan estar necesitadas de asistencia o cuidados médicos inmediatos, como los inválidos y las mujeres

encintas, y que se abstengan de todo acto de hostilidad".

Destaca de esta definición varias cuestiones que, en relación con los Convenios de Ginebra, suponen una ampliación sobre la protección a dispensar.

A) Así, el artículo 8, en su letra a) define a los heridos y enfermos como las personas necesitadas de atención médica, incluyendo categorías de personas que técnicamente no responderían a la definición de heridas o enfermas, tales como recién nacidos o mujeres encinta. Tal definición resulta, sin duda, más amplia que la contenida en los Convenios I y II de Ginebra de 12 de agosto de 1949.

B) Por otra parte, el artículo 8 en su letra a) incorpora una condición explícita para poder participar de la categoría de enfermo y herido y de la protección otorgada a ésta. Tal condición es la abstención de todo acto hostil. Esta premisa convierte la definición de la categoría de enfermo y herido a la par que más amplia, más limitada, pues se restringe a todo persona que además de hallarse entre las definidas en el precepto, se abstenga de todo acto de hostilidad. En este sentido, una persona con una pierna fracturada no es un herido en el sentido del Protocolo si sigue disparando. Esto es de todo punto lógico pues no resulta razonable exigir a un soldado que respete la integridad de quien lo amenaza e incluso de quien puede huir<sup>901</sup>.

---

<sup>901</sup> "Comentario del Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales" Comité Internacional de la Cruz Roja, 1986. (parágrafo 303-306)

Cabría añadir que la condición de la abstención de actos hostiles engarza con la idea que subyace en el derecho humanitario que basa su protección en la situación de desamparo y de necesidad de ayuda del combatiente herido o enfermo, precisamente desde la consideración de alguien a quien se considera fuera de combate.

C) Finalmente, los heridos y enfermos a que hace referencia el artículo 8 en su letra a) pueden serlo civiles o militares. El Protocolo no mantiene, por tanto, la diferencia entre estas dos categorías de enfermos y heridos que sí consta en los Convenios. Por tanto, un herido o enfermo, sea civil o militar, tiene derecho a idéntica protección, aunque paralelamente, y para el supuesto de caer en poder del adversario, estén supeditados a estatutos diferentes, siendo el aplicable al militar el de prisionero de guerra.

Por su parte el artículo 8, letra b) entiende por náufragos:

"Las personas, sean militares o civiles, que se encuentren en situación de peligro en el mar o en otras aguas a consecuencia de un infortunio que las afecte o que afecte a la nave o aeronave que las transportaba, y que se abstengan de todo acto de hostilidad. Estas personas, siempre que sigan absteniéndose de todo acto de hostilidad, continuarán considerándose náufragos durante su salvamento, hasta que adquieran otro estatuto de conformidad con los Convenios o con el presente Protocolo".

Se contienen en esta definición dos condiciones: La de encontrarse en situación de peligro en el mar o en otras

aguas y al igual que para el supuesto de los enfermos y heridos, el abstenerse de todo acto de hostilidad.

El II Convenio de Ginebra se refería a los náufragos en el mar. El proyecto de 1973 se limitaba también a esta noción restrictiva. Sin embargo, después de que una delegación pusiese de relieve la posibilidad de la situación de personas en peligro en aguas interiores sin razón alguna que llevase a su exclusión de la protección otorgada a los náufragos, se aceptó ampliar tal concepto incluyendo la expresión "en el mar o en otras aguas".

El término náufrago en el I Protocolo de 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra, engloba no sólo al náufrago en sentido estricto, esto es, la persona en peligro tras un naufragio o tras la avería de una embarcación o aeronave, sino también a cualquier persona que se encuentre en una situación peligrosa, incluida la persona que haya caído al mar sin que la embarcación haya sufrido daños.

Se observa de la definición de náufrago contenida en el PI que, al igual que para los heridos y enfermos no se diferencia entre militares y civiles, lo que de nuevo supone una diferencia innovadora con respecto a los Convenios.

Del concepto de náufrago referido a las personas en peligro como consecuencia de un infortunio se excluye a aquellas personas que se ponen voluntariamente en situación de peligro para cumplir con una misión militar.

En el artículo 8 b) del PI se incorpora la cuestión de la duración del estatuto de náufrago, el cual se otorgará



durante el salvamento y continuará hasta que se adquiriera otro estatuto de conformidad con los Convenios o con el Protocolo.

Respecto de la duración del estatus de náufrago hay que precisar que dado que tal condición solo se otorga a aquellas personas que se abstienen de todo acto de hostilidad, dicho estatuto se pierde automáticamente por quien cometa un acto hostil. La comisión de un acto de hostilidad es incompatible con el estatuto de náufrago durante la totalidad de su duración.

Del CII se desprende que un náufrago sigue siéndolo durante toda la operación de salvamento, esto es, hasta que sea conducido a tierra, a lugar seguro. El PI especifica que los náufragos continúan considerándose tales durante su salvamento. Ello conlleva el ser considerados como tal hasta su llegada a tierra, si bien, pudieran perder tal estatuto antes de ello, lo que sucedería de adquirir otro en virtud de los propios Convenios o del Protocolo. Para tal circunstancia, sí es necesario determinar si el náufrago es militar o civil, ubicando la situación sólo respecto de los transportes sanitarios como barcos hospitales y embarcaciones costeras de salvamento.

A - Cuando el náufrago es militar:

a) Si el náufrago es rescatado por un buque hospital, una embarcación costera de salvamento o cualquier otra nave o embarcación sanitarias adscritas a su propia parte:

a') será considerado como náufrago hasta su desembarco o bien como herido o enfermo, según

sea su estado, a efectos de una posible inspección de la embarcación. Así, si se ordenare su traslado a una embarcación de guerra enemiga será tratado como un náufrago rescatado directamente por la embarcación adversaria; no siendo acusada la embarcación que lo transportaba de transportar a un combatiente.

b') finalizará su condición de náufrago si es trasladado a puerto propio y volverá a su condición de combatiente.

c') si es desembarcado en puerto neutral conservará el estatus de enfermo o herido si su estado lo justifica y habrá de permanecer retenido por la potencia neutral, según disponga el derecho internacional y no podrá volver a participar en las operaciones de guerra. Los gastos de internamiento serán sufragados por la Potencia a la que pertenezca el náufrago.

b) Si el náufrago es rescatado por un buque hospital, una embarcación costera de salvamento o cualquier otra nave o embarcación sanitaria adscrita a la parte adversa:

a') hasta que sea desembarcado se beneficiará del estatuto de náufrago, o de enfermo o herido si fuere éste el que le correspondiere.

b') si es transferido a una embarcación de guerra propia como consecuencia de una inspección practicada por ésta sobre la embarcación sanitaria enemiga, se considerará

que el rescate o salvamento ha sido realizado directamente por su propia potencia y por tanto abandonará el estatus de náufrago y volverá al combate.

c') si no es transferido a ninguna embarcación de guerra propia y permanece en la embarcación de rescate hasta su desembarco, llegado éste, y practicado en puerto enemigo, le será aplicado el estatuto de prisionero de guerra y del de herido o enfermo si así lo determinase su estado clínico.

d') si no es transferido a ninguna embarcación de guerra propia y permanece en la embarcación de rescate hasta su desembarco, llegado éste, y practicado en puerto neutral, le será aplicado el artículo 17 del CII, esto es, conservará el estatus de enfermo o herido si su estado lo justifica y habrá de permanecer retenido por la potencia neutral, según disponga el derecho internacional y no podrá volver a participar en las operaciones de guerra. Los gastos de internamiento serán sufragados por la potencia a la que pertenezca el náufrago.

**B - Cuando el náufrago es civil:**

a) Si el náufrago es rescatado por un buque hospital, una embarcación costera de salvamento o cualquier otra nave o embarcación sanitaria adscrita a su propia parte en conflicto:

a') será considerado como náufrago hasta su desembarco, o bien como herido o enfermo, según sea su estado, a efectos de una posible inspección de la embarcación. En principio, no deberá ser entregado a una embarcación perteneciente a la parte adversa.

b) Si el náufrago es rescatado por un buque hospital, una embarcación costera de salvamento o cualquier otra nave o embarcación sanitaria adscrita a la parte adversa:

a') conserva su estatus de náufrago hasta el desembarco. Si éste se realiza en puerto del adversario, se convierte en persona protegida en el sentido del artículo 4 del CIV, además del estatuto de herido o enfermo si su estado de salud lo justifica.

b') si el desembarco se realiza en puerto neutral, no le son de aplicación ni los Convenios ni el Protocolo, y si por su estado de salud debe ser considerado enfermo o herido, este estatuto habrá de respetarse por el Estado en que haya sido desembarcado, según el artículo 19 del Protocolo.

c') si antes del desembarco la embarcación es objeto de inspección por parte de una nave militar de su propia parte en conflicto, el náufrago es trasladada a ésta y le es de aplicación que cuando el náufrago es civil (dejará de ser náufrago una vez desembarcado).

### **3) UNIDADES SANITARIAS, TRANSPORTE SANITARIO Y MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIO.**

#### **3.1) Unidades Sanitarias y la inclusión de los Transportes Sanitarios por agua o vía aérea.**

La letra e) del artículo 8 del Protocolo I define las unidades sanitarias como:

"Los establecimientos y otras formaciones, militares o civiles, organizados con fines sanitarios, a saber: la búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico o tratamiento (incluidos los primeros auxilios) de los heridos, enfermos y náufragos, así como la prevención de las enfermedades. La expresión comprende, entre otros, los hospitales y otras unidades similares, los centros de transfusión de sangre, los centros e institutos de medicina preventiva y los depósitos de material sanitario, así como los almacenes de material sanitario y de productos farmacéuticos de esas unidades. Las unidades sanitarias pueden ser fijas o móviles, permanentes o temporales".

En tal definición, y al margen de la enumeración de unidades incorporada en la misma, bien podrían entenderse incluidos los buques hospitales, las embarcaciones de salvamento y las aeronaves sanitarias. Tal conclusión podría extraerse tanto de la condición de dedicación al fin sanitario como de la característica de la movilidad. En este sentido, el fin sanitario se determina en el citado artículo incorporando las funciones de búsqueda -supuesto en el que entrarían las embarcaciones de rescate-, la

recogida y transporte - fin al que se avocan las BS, los B.H. y las A.S., y el tratamiento -el cual es dispensado en los buques hospitales: Por otra parte, todas las embarcaciones citadas son móviles.

Se desprende por tanto de la definición de unidad sanitaria una cierta confusión con lo que, en letras posteriores del artículo 8 del Protocolo I, se definirá como transporte sanitario y medio de transporte sanitario. Bastará decir que en la unidad sanitaria prevalece la asistencia al herido o enfermo en tanto que en la categoría de transporte sanitario y de medios de transporte sanitario destaca el elemento transporte. Tal confusión, por lo demás no entorpece el despliegue de la protección otorgada a las distintas categorías, pues la protección dispensada para todas se construye de modo muy similar.

Finalmente, el fin sanitario al que se destine la unidad sanitaria debe serlo con carácter exclusivo, y ello pese a que puedan tratarse de unidades sanitarias permanentes o temporales. Esto se desprende de lo previsto en la letra k) del artículo 8, en el que define en los mismos términos para los medios de transporte sanitarios, haciéndose extensible por tanto a los mismos. Son permanentes las unidades sanitarias destinadas exclusivamente a fines sanitarios por un periodo ~~indeterminado~~ y son unidades sanitarias y medios de ~~transporte sanitario~~ temporales los dedicados exclusivamente a fines sanitarios por periodos limitados y durante la totalidad de dichos periodos.

Por su parte la expresión "por un periodo indeterminado" se pretende referir a una dedicación sanitaria de carácter definitivo. Si la idea inicial es la de destinar definitivamente a las unidades o medios de transporte

propiaamente sanitarios, esto es, sin fijar límites en el tiempo para ello, éstos serán permanentes.

La cuestión, por lo que se refiere a la calificación de temporal, cuyo inicio se plantea desde el destino o empleo al fin sanitario, es determinar el mínimo de tiempo que debiera observarse para poder hablar de una dedicación o empleo exclusivos. Cuando el Protocolo indica el carácter exclusivo como una condición de la unidad o de medio de transporte sanitario, para ser calificada de sanitaria y recibir, en consecuencia, la protección que por ello se le otorga, es lo cierto que presupone una cierta garantía. Esa garantía no se exige fijando tiempo alguno, pero es lo cierto que ello no puede derivar en la posibilidad protegida de constantes cambios de destino o dedicación. Si tal dedicación resulta demasiado corta, o demasiado cambiante, ello no redundará sino en el desconcierto y en situaciones en las que, ante la incertidumbre y la duda, se opte por la prevalencia del interés militar y la protección a estas unidades y medios de transporte sanitario, quede de facto paliada en contra de la previsión del Protocolo.

Lo esencial radica, por tanto, en encontrar en la práctica el equilibrio entre la flexibilidad necesaria para garantizar el máximo de asistencia a los heridos y el rigor, por lo que se refiere al carácter exclusivo de la dedicación sanitaria, indispensable para la supervivencia de este sistema de protección basado en la confianza.

### **3.2) Transporte Sanitario: su concepto general, y en especial el de agua y aire.**

La letra f) del artículo 8 del Protocolo indica:

"Se entiende por transporte sanitario el transporte por tierra, por agua o por aire de los heridos, enfermos y náufragos, del personal sanitario o religioso o del equipo y material sanitarios protegidos por los Convenios y por el Protocolo".

Lo que en este apartado se define, por tanto, es el hecho de transportar, con independencia del medio utilizado para ello. Lo que se pretende proteger es el desplazamiento en sí mismo. Para que el transporte sea calificado de sanitario debe cumplir con la condición de estar relacionado, directa o indirectamente, con los heridos, enfermos y náufragos protegidos por los Convenios y el Protocolo. La relación se entiende directa cuando se traslada a los heridos, enfermos y náufragos, y es indirecta cuando el traslado es de personal sanitario, religioso, o de equipo o material sanitario. La categoría de enfermos, heridos y náufragos, así como la de personal sanitario y religioso queda perfectamente definida en el Protocolo. El material sanitario se entiende en un sentido amplio. Se trata de todo aquél necesario para los cuidados médicos, particularmente el instrumental quirúrgico, el equipo de un quirófano, un hospital de campaña completo, y también los medicamentos.

Por lo demás, y para que el ~~transporte~~ sea digno de la protección establecida en los Convenios y el Protocolo, bastará con que sea transportada una sola de las categorías de personas o de material citadas. Por el contrario, ninguna categoría de personas o de material distintas a las mencionadas en el citado artículo puede estar comprendida en un transporte que pretenda la catalogación de sanitario para ser respetado como tal; y así, un transporte de



heridos y soldados aptos o un transporte de material sanitario y de armamento, no puede ser calificado de sanitario a los efectos del Protocolo.

**3.3) Medios de Transporte Sanitario: su significado en general, y los de agua y aire en especial.**

Por su parte, la letra g) del artículo 8 se refiere a los medios de transporte sanitario en los siguientes términos:

"Se entiende como medio de transporte sanitario todo medio de transporte, militar o civil, permanente o temporal, destinado exclusivamente al transporte sanitario, bajo la dirección de una autoridad competente de una Parte en conflicto".

Mientras que en el apartado f) se define, según ha quedado apuntado el hecho de transportar a personas o material determinados, independientemente del medio utilizado para ello, son los medios los que se definen en esta letra g). Tales medios de transporte, que pueden ser tanto civiles como militares, permanentes o temporales, incluyen todos los medios de transporte posibles, sin descartar ni limitar los medios de transporte que puedan existir en el futuro a una enumeración exhaustiva de los medios conocidos en el presente Protocolo.

Los medios de transporte sanitarios han de reunir dos condiciones para ser calificados como tales.

A -Debe estar destinado exclusivamente al transporte sanitario, lo que significa, que el medio de transporte solo debe contener personas y material de categorías

comprendidas en la definición de transporte sanitario y que durante la duración del transporte el medio de transporte no puede usarse para otros fines que no sean el transporte sanitario.

B - Debe estar dirigido por una autoridad competente de una parte en conflicto. Habida cuenta de que la parte en conflicto es responsable de los abusos que puedan cometerse debe ejercer un control constante sobre las personas y sobre el material que se transporta y que es objeto de protección.

Por su parte, los apartados h, i y j del artículo 8 del Protocolo reseñan los medios de transporte sanitario

h) se entiende por "vehículo sanitario" todo medio de transporte por tierra.

i) se entiende por "buque y embarcación sanitarios" todo medio de transporte por agua.

j) se entiende por aeronave sanitaria todo medio de transporte sanitario por aire.

La expresión buques y embarcaciones sanitarios cubre todo medio de transporte sanitario por agua en el sentido de que todo medio de ~~transporte~~ ~~capacitado~~ para desplazarse en el agua puede ser ~~utilizado~~ como medio de transporte sanitario. Esto supone una ampliación sobre el CII toda vez que éste solo daba protección a los BH y las embarcaciones costeras de salvamento. En el marco del Protocolo los buques mercantes destinados al transporte sanitario durante un determinado periodo pueden gozar de protección, al igual que cualquier otra embarcación que pueda ser utilizada para

transportar heridos y enfermos por los canales navegables<sup>902</sup>.

#### **4) BUQUES-HOSPITALES Y EMBARCACIONES COSTERAS DE SALVAMENTO.**

El artículo 22 del PI, en su primer párrafo estipula:

Las disposiciones de los Convenios relativas:

- a) a los buques descritos en los artículos 22, 24, 25 y 27 del CII,
- b) a sus lanchas de salvamento y pequeñas embarcaciones
- c) a su personal y sus tripulaciones, y
- d) a los heridos, enfermos y náufragos que se encuentren a bordo,

se aplicará también en los casos en que esos buques, lanchas o embarcaciones transporten heridos, enfermos y náufragos civiles que no pertenezcan a ninguna de las categorías mencionadas en el artículo 13 del CII. Esas personas civiles, sin embargo, no podrán ser entregadas a una Parte en conflicto que no sea la propia, ni capturadas en el mar. Si se hallaren en poder de una Parte en conflicto que no sea la propia, ~~las serán~~ aplicables las disposiciones del CII y del presente Protocolo.

El objeto del apartado 1.a) del artículo 22, dedicado a los buques hospitales y embarcaciones costeras de salvamento,

---

<sup>902</sup> "Comentario del Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales" Comité Internacional de la Cruz Roja, 1986. (párrafos 386-388)

es proyectar la protección que el II Convenio de Ginebra dispensa a estas embarcaciones sanitarias cuando las mismas sean civiles, las cuales no se hallaban incluidas en dicho Convenio.

Dado que uno de los principales objetivos del Título II del PI es conceder una protección idéntica a todo herido, enfermo o náufrago, sea civil o militar, pareció necesario puntualizar que los buques hospitales, sus botes salvavidas y sus pequeñas embarcaciones así como las embarcaciones costeras de salvamento, pueden lícitamente ocuparse de los heridos, enfermos y náufragos civiles, y que al hacerlo, mantienen, al igual que su personal y su tripulación, los derechos que les garantiza el CII.

No obstante, era lo cierto que el régimen del CII ya amparaba la obligación de socorrer a todo náufrago que encontrara, si bien no se les podía asignar la tarea específica de ocuparse de los heridos, enfermos y náufragos civiles ni, en particular, la de transportarlos.

En el apartado 1.b) del artículo 22 se lleva a cabo otra ampliación con respecto al CII. Así, en el II Convenio, la protección de los buques hospitales se extiende a sus botes salvavidas pero no se menciona en él la protección a las pequeñas embarcaciones de salvamento de dichos buques y, pese a que se dieran por cubiertas por tal protección, es lo cierto que su explícita inserción en el Protocolo tiene el mérito de eliminar toda cualquier duda o ambigüedad sobre el hecho de que toda embarcación auxiliar perteneciente a un buque hospital, destinada a ayudar en el desempeño de sus tareas, está protegida en la misma medida que el buque al que pertenece.

En el apartado 1.d) de este artículo 22 del PI extiende igualmente la protección que el CII dispensa a los heridos, enfermos y náufragos cuando los buques, lanchas o embarcaciones citados transporten a heridos, enfermos y náufragos civiles que no pertenezcan a ninguna de las categorías mencionadas en el artículo 13 del CII. Tales disposiciones del CII aplicables los heridos, enfermos y náufragos no pertenecientes a las categorías previstas en el artículo 13 del citado Convenio son: las disposiciones del artículo 12 que establece la protección y el trato a que tienen derecho; las del artículo 14, que establece las condiciones en las que un beligerante puede exigir la entrega de esas personas; las del artículo 15, que trata del caso en que dichas personas son recogidas por un barco; las del artículo 16, que reglamenta la suerte que corren los que caen en poder del adversario y, por último, las del artículo 17, que concierne a los desembarcados en un puerto neutral. A los heridos, enfermos y náufragos civiles, con cobertura desde el Protocolo pero no por el Convenio, les resulta de aplicación exclusivamente lo dispuesto en el artículo 12 de los citados. No obstante, desde el Protocolo, y dada la ampliación de la protección operada por éste, resultaba necesario indicar que la suerte de los heridos, enfermos y náufragos dispensada por el CII no queda afectada por la presencia a bordo de las embarcaciones objeto de protección de heridos, enfermos y náufragos civiles no cubiertos por dicho Convenio.

Tales enfermos, heridos y náufragos que no cubiertos por el Convenio lo son ahora por el Protocolo, son los civiles que participan de esa condición y que no están incluidos en el artículo 13 del CII, artículo que cubre esencialmente a los heridos, enfermos y náufragos militares y aquellas categorías de civiles incluidas en dicho artículo y que

resultan bien delimitadas. Como quiera que la mayoría de lo civiles no están cubiertos por dicho artículo es por lo que su inclusión en el Protocolo resulta un avance.

Las normas a aplicar a estos civiles son, esencialmente, según ha quedado apuntado, el derecho a ser protegidos y asistidos, y se diferencian, especialmente, en que estos civiles no cubiertos por el artículo 13 del CII, no pueden ser entregados a una parte en conflicto que no sea la propia.

Así, el artículo 14 del CII autoriza a los barcos de guerra de las partes en conflicto a exigir la entrega de los heridos, enfermos y náufragos que haya a bordo de buques hospitales o de otras embarcaciones, siempre que lo permita el estado de salud de las personas que hayan de trasladarse y que el barco de guerra disponga de los medios necesarios para garantizarles un tratamiento suficiente, siendo esta norma válida para aquellos heridos, enfermos y náufragos que entren en las categorías del artículo 13 del CII, no así para aquellos civiles que, no entrando en tales categorías, solo pueden ser entregados a su Estado. Solo puede exigirse lícitamente, respecto de los civiles no incluidos en el citado artículo 13, la entrega de los que sean ciudadanos del Estado cuyo pabellón enarbola el barco de guerra desde el que se solicite la entrega. Sin embargo, los buques hospitales ~~confiarán~~ a esos civiles a la parte adversa si su ~~estado~~ de salud requiere cuidados que no estén en condiciones de prodigarles. Es por tanto el interés de las víctimas el que prevalece.

No obstante disponer el Protocolo que los civiles no cubiertos por el artículo 13 del CII no pueden ser entregados a una parte en conflicto de la que no sean

ciudadanos, es lo cierto que tales civiles pueden hallarse en poder de una parte adversa, por ser recogidos por un buque hospital que dependa de ésta. En este caso, no deben ser tratados, como los civiles incluidos en el artículo 13 del CII, que se convierten en prisioneros de guerra, sino como extranjeros en el territorio de una parte en conflicto, esto es, les resulta aplicable la Sección II del Título III, e incluso, y la Sección IV (Normas relativas al trato debido a los internados) caso de que fueren internados en alguna unidad sanitaria propia del adversario y también, y en cuanto al Protocolo, podría aplicárseles una o varias de las disposiciones de su Sección III del Título IV (Trato a las personas en poder de una parte en conflicto).

Finalmente, si son ciudadanos de un Estado neutral o de otro Estado que no sea parte en el conflicto, solo se les aplican las indicadas disposiciones del CIV y del Protocolo si el Estado del que son ciudadanos no tiene "representación diplomática normal ante el Estado en cuyo poder estén".

El apartado 2 del artículo 22 del PI introduce una nueva ampliación respecto al CII de Ginebra. Así, el artículo 25 del CII tiene en cuenta la posibilidad de que Sociedades de la Cruz Roja y otras sociedades de socorro oficialmente reconocidas o, incluso, particulares, de países neutrales utilicen barcos hospitales bajo la dirección de una parte en conflicto. En el apartado 2 del artículo 22 del PI se considera la posibilidad de que un buque hospital sea puesto directamente a disposición por un Estado neutral o por otro Estado que no sea parte en el conflicto o por una organización internacional humanitaria imparcial, lo que no estaba previsto en el artículo 25 del CII.

En todo caso sólo se concede la protección a tal buque hospital si se cumplen todas y cada una de las condiciones enunciadas en el artículo 25 del CII, esto es:

- que el buque hospital esté bajo la dirección y bajo la responsabilidad de la parte en conflicto a cuya disposición se ha puesto.

- que se observen las disposiciones del artículo 22 del CII relativo a la notificación: los nombres y características de los buques hospitales puestos así a disposición deben notificarse a las partes en conflicto diez días antes de su utilización, entre otras, el tonelaje bruto registrado, la longitud de popa a proa y el número de mástiles y de chimeneas.

Respecto a que se haya entregado con el consentimiento no solo de la parte que lo recibe, sino también del Gobierno del que lo pone a disposición, parece superfluo en el momento en que es un Estado el que lo pone a disposición. Sin embargo es una exigencia difícil de determinar cuando se trata de una organización internacional humanitaria.

Otra novedad introducida por el PI, en su artículo 22, objeto del presente análisis, es la contenida en su apartado 3, en el que se establece una flexibilización en una de las condiciones impuestas para la protección de las embarcaciones costeras de salvamento. Pareciendo excesiva la notificación de éstas para su protección, el Protocolo solo la recomienda, pero no la exige como condición para dicha protección.



## **5) OTROS BUQUES Y EMBARCACIONES SANITARIOS.**

De la Sección II del Título II del PI, es especialmente destacable, junto a la extensión practicada de la protección concedida por el CII a todos los heridos, enfermos y náufragos civiles, analizada en el epígrafe anterior, la protección dispensada a otros buques y embarcaciones sanitarias no cubiertas por el CII.

El artículo 23 apartado 1 del PI estipula:

"Los buques y embarcaciones sanitarios distintos de los mencionados en el artículo 22 del presente Protocolo y en el artículo 38 del CII, ya se encuentren en el mar o en otras aguas, serán respetados y protegidos del modo previsto en los Convenios y en el presente Protocolo para las unidades sanitarias móviles. Como esa protección solo puede ser eficaz si es posible identificarlos y reconocerlos como buques y embarcaciones sanitarios, tales buques deberían llevar el signo distintivo y, en la medida de lo posible, dar cumplimiento a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 43 del CII".

El artículo 23 del PI desarrolla una cierta protección para ~~embarcaciones~~ sanitarias que no entran en las categorías ~~previstas en el CII~~. Esto ~~significa que~~ todos aquellos ~~navios que~~ son transportes médicos, según se define en el artículo 8, apartados f) y g), caerán dentro de esta categoría, y gozarán de la protección en este artículo prevista, de no incluirse en las categorías de buque hospital, embarcación de salvamento, embarcaciones utilizadas para operaciones de rescate costero, lanchas salvavidas y pequeñas embarcaciones de buques hospitales o

barcos contratados para el transporte de equipamiento médico.

La protección que se les garantiza es la misma que aquella que se otorga a las unidades móviles médicas según las Convenciones y el Protocolo, esto es:

- no pueden ser atacadas
- tienen que ser respetadas y protegidas
- no pueden ser objeto de represalias
- su protección cesará caso de llevar a cabo actos dañinos para el enemigo,
- también cesará una vez hallan recibido una señal de aviso por buque de guerra adversario y tras un razonable periodo de tiempo el aviso haya quedado desatendido
- no pueden ser separadas de su misión médico-sanitaria en la medida en que sean necesarias para los enfermos, heridos y náufragos que se hallen a bordo
- estas embarcaciones pueden ser capturadas

El artículo 23 del PI se refiere a los buques y embarcaciones sanitarios definidos en el artículo 8 y no cubiertos por el artículo 22 del Protocolo (buques hospitales y embarcaciones costeras de salvamento), ni tampoco por el artículo 35 de CII (barcos flotantes para el transporte de material sanitario). Como quiera que el artículo 22 del Protocolo amplía, según ha quedado expuesto la protección de los barcos y embarcaciones de los artículos 22, 24, 25 y 27 del CII, todos los barcos y embarcaciones cubiertos por este Convenio están excluidos del artículo 23 del PI. Por tanto, solo entran en este artículo 23 los transportes de heridos y enfermos en el

sentido ordinario de estos términos, y no como se definen en el artículo 8, apartado a), de inválidos y de parturientas efectuados por barcos a los que se les asigna estos transportes.

Se consideran, pues, buques y embarcaciones sanitarios, todos los medios de transporte por agua que cumplan las dos siguientes condiciones:

- estar asignados exclusivamente durante el tiempo de su asignación, que pudiera ser corto, al transporte sanitario
- estar bajo la dirección de una parte en conflicto

Así, una simple barca de pescadores, por ejemplo, requisada para transportar exclusivamente medicamentos a un hospital que se encuentre en una isla, entra en la categoría de buque y embarcación sanitaria durante el tiempo que dure este transporte. Por esta razón se consideró necesario diferenciar los buques y embarcaciones cuya protección está sometida a exigencias estrictas de aquellos que no lo están y hacerlo distinguiéndolos en dos artículos distintos.

La diferencia esencial entre esos dos tipos de buques y embarcaciones sanitarias reside en que los primeros son ~~permanentes~~ y no pueden cambiar su carácter y condición ~~durante el conflicto~~ en tanto que los segundos pueden ver ~~modificado~~ su estatuto durante el conflicto, de tal manera que pueden contribuir posteriormente a su misión sanitaria, al esfuerzo de la guerra participando en operaciones militares. Por ello estas segundas embarcaciones, a las que se refiere el artículo 23 del PI, gozan de una menor protección.

Las condiciones de la protección de los buques y embarcaciones no cubiertos por el artículo 23 y sí por el 22, son más estrictas y, por tanto, y como contrapartida, las normas de protección son más amplias. Excepción a esto es lo concerniente al signo distintivo, previsto para todos los buques y embarcaciones, esto es, tanto para los protegidos por el artículo 22 del Protocolo como para los protegidos por el artículo 23 del mismo que no se excluyen de tal condición. Sin embargo a la obligación de respetar el signo distintivo sí se produce una excepción que no está constituida por los buques y embarcaciones del artículo 23, que sí deben observar las normas sobre el signo distintivo según se acaba de indicar, sino que lo constituyen las embarcaciones del artículo 38 de la CII para las que no se estipula el uso del signo distintivo. Éstos, cuyas condiciones de protección son más estrictas que las exigidas a todos los buques y embarcaciones amparados por el artículo 23 del Protocolo, y para los que se exige que las condiciones del viaje sean notificadas a la potencia adversaria y aceptadas por ésta, no tienen derecho, sin embargo, a usar el emblema, a diferencia de todos los demás buques y embarcaciones sanitarios. En esto se aprecia falta de coherencia que sería oportuno subsanar, así el comentario del PI remarca que "no parece que nadie podría oponerse a que, en adelante esos buques hagan uso del signo distintivo, tanto ~~más~~ ~~como~~ que entran en la definición de buques y ~~embarcaciones sanitarios~~ que da el Protocolo".

Por otra parte, el artículo 43 del CII no exige a las embarcaciones del artículo 38 del mismo texto convencional, el señalamiento con pintura blanca y cruces rojas oscuras claramente visibles, lo que no significa que no puedan usar dicho distintivo. No obstante, el hecho de incluirse el señalamiento distintivo va a redundar, en paliar

ambigüedades o equívocos produciendo mejoras en la aplicación del derecho, cuestión por la que se debería conseguir este objetivo.

En relación con el signo distintivo y su uso por parte de los buques y embarcaciones sanitarias a que se refiere el artículo 23 del Protocolo hay que señalar que el mismo se regula en forma de recomendación, como no podría ser de otra manera, dada la flexibilidad de la que gozan las partes en conflicto para destinar sin demora, en caso de urgencia, este tipo de embarcaciones a tareas sanitarias. Esto significa que en realidad el signo distintivo no es aquí un elemento constitutivo de protección, por lo que tales buques y embarcaciones estarán protegidos incluso si no están señalados, si bien en este caso el riesgo de sufrir las consecuencias de un eventual error se eleva considerablemente, siendo por tanto más efectivo seguir la recomendación de señalización.

Por último en este apartado 1 del artículo 23 del PI se puntualiza que el respeto y la protección a los buques y embarcaciones sanitarias a que en él se hace referencia se impone en el mar y en otras aguas. Para los barcos hospitales se dispensa protección en todo sitio y para los buques y embarcaciones del artículo 23 se hacía preciso puntualizar que su protección se extiende también a todas las vías acuáticas. Existen aguas continentales como ríos o lagos de muy grandes dimensiones en los que tales buques y embarcaciones resultan especialmente aptos para llevar a cabo su misión sanitaria.

El hecho esencial que diferencia a los BH y embarcaciones protegidos por las disposiciones del artículo 22 del PI y los buques y embarcaciones protegidos por el artículo 23

del PI, reside en que los primeros son permanentes y no pueden cambiar su carácter y condición durante el conflicto en tanto que los segundos pueden ver modificado su estatuto durante el mismo, de tal manera que con posterioridad a su misión sanitaria, pueden participar en operaciones militares. Por ello estas segundas embarcaciones gozan de una menor protección y la principal contraprestación por el sistema de condiciones y exigencias menos riguroso que les es aplicable es que sobre ellos no existe la prohibición de captura, lo que resulta lógico y razonable dado el potencial operacional y de guerra que tales embarcaciones conservan<sup>903</sup>.

Del apartado 2 del artículo 23 del PI, "Los buques y embarcaciones a que se refiere el párrafo 1 permanecerán sujetos a las leyes de la guerra...", se desprende que del sometimiento a las citadas leyes, los buques y embarcaciones sanitarias están sujetos a captura y sus mercancías a incautación, estando admitidas tales consecuencias.

Por otra parte, la protección de estos buques y embarcaciones, solo puede cesar si los barcos se usan para cometer actos perjudiciales para el enemigo como disparar contra un barco de guerra, transportar militares aptos o ~~armamento~~ o transmitir información de índole ~~militar~~.

~~Se debe llamar~~ la atención sobre lo establecido en el último apartado del artículo 23 del PI que dispone:

"Las disposiciones pertinentes del CII serán aplicables a los heridos, enfermos y náufragos

---

<sup>903</sup> J.B.R.L. Langdon, A.P.V. Rogers, C.J. Eadie, "The use of transport under the 1977 Protocols" Armed Conflict and the new Law Volume II. The British Institute of International and Comparative Law"

pertenecientes a las categorías a que se refiere el artículo 13 del CII y el artículo 44 del presente Protocolo, que se encuentren a bordo de esos buques y embarcaciones sanitarios. Los heridos, enfermos y náufragos civiles que no pertenezcan a las categorías mencionadas en el artículo 13 del CII, no podrán ser entregados, si se hallan en el mar, a una Parte que no sea la propia ni obligados a abandonar tales buques o embarcaciones; si, no obstante, se hallan en poder de una Parte en conflicto que no sea la propia, estarán amparados por el CIV y el presente Protocolo”.

Este párrafo reglamenta la suerte que corren los heridos, enfermos y náufragos que lleven a bordo los buques y embarcaciones cubiertos por el artículo 23, en caso de que éstos sean interceptados o capturados por la Parte adversa. La norma básica es que no se autoriza nada que ponga en peligro los cuidados de los enfermos y heridos. Se distingue entre los heridos, enfermos y náufragos militares y asimilados de los heridos, enfermos y náufragos civiles.

Las personas a las que se hace referencia son, ante todo, las amparadas por el artículo 13 del CII, esencialmente, heridos, enfermos y náufragos miembros de las fuerzas armadas de una parte en conflicto.

Por otra parte un buque o una ~~embarcación~~ sanitarios puedan atracar en un puerto ~~enemigo~~ debido a causas de fuerza mayor como una tempestad, avería o como consecuencia de una orden de un buque de guerra. También un barco o una embarcación sanitarios pueden recoger náufragos de la parte adversa y conducirlos al territorio del Estado del que el buque o embarcación dependen. En estos casos, los heridos, enfermos y náufragos se hallarán en poder de una Parte en

conflicto que no es la propia y en esta circunstancia el artículo 23 les provee de la protección dispensada por el CIV y por el presente Protocolo, esencialmente Sección II (Extranjeros en el territorio de una parte en conflicto) o Sección IV (Normas relativas al trato debido a los internados) del Título III del CIV; y Título IV, Sección III del PI (Trato a las personas en poder de una parte en conflicto).

## **6) LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO, RELIGIOSO Y DE LAS TRIPULACIONES.**

### **6.1) PERSONAL SANITARIO**

El personal sanitario está constituido por las personas a las que se encomiendan las tareas necesarias para la atención y bienestar de los heridos y enfermos. La protección del personal sanitario tiene por tanto un carácter subsidiario, toda vez que la protección se otorga porque es el personal capaz de garantizar la atención a los heridos y enfermos, destinatarios finales de la protección dispensada.

Se entiende por personal sanitario, según el artículo 8, ~~apartado c)~~ del PI:

“Las personas destinadas por una parte en conflicto exclusivamente a los fines sanitarios enumerados en el apartado e), o a la administración de las unidades sanitarias o al funcionamiento o administración de los medios de transporte sanitarios. El destino a tales servicios podrá tener carácter permanente o temporal”.



Solo se otorga protección, por tanto, a las personas exclusivamente destinadas a tareas sanitarias. Esta precisión no se hacía en los Convenios lo que, por otra parte, no impedía su entendimiento implícito. La exclusividad significa que, mientras dure su destino, el personal sanitario, para poder beneficiarse de la protección que le es otorgada, no podrá compartir su tiempo realizando ninguna otra actividad al margen de la sanitaria. Así se evitarían ciertos usos abusivos del emblema.

Las tareas sanitarias a las que debe estar destinado el personal sanitario para poder gozar de protección son:

A) Los fines sanitarios enumerados en el apartado e) del artículo 8, esto es, la búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico o tratamiento, incluidos primeros auxilios de los heridos, enfermos y náufragos, así como la prevención de las enfermedades. De esta enumeración de fines sanitarios se aprecia que se incluyen acciones que no son propiamente sanitarias o médicas -búsqueda, recogida, transporte- sino que son previas a la asistencia sanitaria o dirigidas a poder prestar la asistencia médica en sí misma.

B) La administración de unidades sanitarias, esto es, de los establecimientos y ~~otras formaciones~~, civiles y militares, organizados con fines sanitarios, siendo los fines sanitarios los anteriormente expuestos de búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico o tratamiento, incluidos primeros auxilios de los heridos, enfermos y náufragos, así como la prevención de las enfermedades. La administración no solo debe referirse a las tareas de gestión, gerencia y gobierno de la unidad, sino también a tareas de limpieza,

cocina, etc. Este personal lo constituyen por tanto aquellas personas que, sin proporcionar directamente cuidados a los enfermos y heridos, velan por el funcionamiento de la unidad.

C) El funcionamiento o la administración de los medios de transporte sanitarios, esto es, de los barcos hospitales, de las embarcaciones costeras de salvamento y del resto de buques y embarcaciones sanitarias. Se trata también en este supuesto de personas que, aunque no presten cuidados directos a los enfermos y heridos, participan de manera fundamental en tales tareas, bien gobernando la embarcación, bien realizando tareas de mantenimiento de los medios de transporte, etc. Todas ellas son necesarias, por tanto, para dispensar los cuidados necesarios a los enfermos o heridos, y aunque su participación en tales cuidados no sea directamente sanitaria, merece la misma protección que la dispensada al personal estrictamente médico y sanitario.

Otra característica inexcusable para respetar la protección dispensada a este personal es que el mismo ha de haber sido destinado a las tareas que le son propias por una parte en conflicto y ello por cuanto resulta indispensable que exista un responsable de evitar los abusos del emblema protector.

Por su parte el destino a tareas sanitarias puede ser permanente o temporal, al igual que las unidades sanitarias y los medios de transporte sanitarios en que prestan sus servicios. Es permanente el personal sanitario que se dedica a fines sanitarios de modo exclusivo por tiempo indefinido. Es temporal el personal sanitario que se dedica

a fines sanitarios en exclusiva por periodos limitados y por la totalidad de esos periodos.

Dentro del personal sanitario el PI establece, en su artículo 8, apartado c) tres categorías:

i) el personal sanitario, sea militar o civil, de una Parte en conflicto, incluido el mencionado en los Convenios I y II, así como el de los organismos de protección civil, lo que incluye:

- el personal sanitario militar, ya protegido según el II Convenio de Ginebra de 1949;
- el personal sanitario civil que una parte en conflicto destina exclusivamente a tareas sanitarias
- el personal sanitario adscrito a organismos de protección civil los cuales, aun vinculados a organismos de protección civil deben identificarse mediante el signo distintivo de la cruz roja o de la media luna roja.

ii) el personal sanitario de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y Media Luna Roja, y otras sociedades nacionales voluntarias de socorro debidamente reconocidas y autorizadas por una Parte en conflicto.

Estas sociedades deben cumplir tres condiciones:

- deben tratarse ~~de Sociedades~~ Nacionales, es decir, sociedades que tiene su sede en el territorio de la parte en conflicto concernida
- deben ser reconocidas por la parte en conflicto concernida, lo que significa que, como mínimo, ha de estar legalmente constituida según su legislación nacional

-deben estar autorizadas por la parte en conflicto concernida, esto es, deben contar con la conformidad de dicha parte para el empleo del personal de esas Sociedades como personal sanitario para asistir a los heridos y enfermos objeto de protección.

iii) el personal sanitario de las unidades o los medios de transporte sanitarios mencionados en el párrafo 2 del artículo 9, esto es, el personal sanitario que, sin pertenecer a una parte en conflicto, se ha puesto a disposición de ésta con unidades y medios de transporte sanitarios permanentes. Se exceptúan los barcos hospitales, cuyo régimen especial está regulado en el artículo 24 del CII. Esta puesta a disposición de unidades y medios de transporte, dotados de personal sanitario al que se extiende la protección del Protocolo, puede tener lugar:

- por un Estado neutral y otro Estado que no sea parte en el conflicto.
- por una sociedad de socorro reconocida y autorizada por tales Estados
- por una organización internacional humanitaria imparcial.

## **6.2) PERSONAL RELIGIOSO**

En el PI se diferencia el personal sanitario del personal religioso, de manera que se les otorga un precepto a cada uno. La CII por su parte acometía el tratamiento de la protección de dicho personal en un artículo conjunto.

En el Protocolo por tanto se define explícitamente el personal religioso y se le dedica el apartado d) del artículo 8. En dicho apartado se dice:

"Se entiende por personal religioso las personas, sean militares o civiles, tales como los capellanes, dedicadas exclusivamente al ejercicio de su ministerio".

También para el personal religioso se exige, por tanto, la exclusividad, en sus funciones. Solo pueden desempeñar sus funciones de asistencia espiritual, si bien el desempeño, a su vez, de asistencia sanitaria no podría entenderse nunca como un incumplimiento de tal exclusividad que pudiera amenazar la protección que debe serles dispensada.

La religión profesada y sobre la que presten asistencia puede ser cualesquiera. El término capellán se emplea a modo de ejemplo, y en ningún caso debe ser considerado, por tanto, excluyente de ningún otro ministro representante de otra fe.

Por otra parte, el personal religioso debe estar adscrito, entre otros, a los medios de transporte sanitarios de una Parte en conflicto.

### **6.3) DE LAS TRIPULACIONES.**

Anteriormente ya se ha expuesto que este tipo de personas pertenecientes a las embarcaciones referidas en el artículo 23 del PI, estarían protegidas en base a la realización de tareas sanitarias, al gobernar una embarcación cuyo objeto corresponde a lo establecido en el artículo 8 i del PI.

Estas personas, así como los que se dedican a la administración de medios de transporte sanitario por agua,

mecánicos con el objeto de mantenimiento y reparación, o cocineros, que no tiene el fin de la atención puramente sanitaria, tendrán estatutos de personas protegidas como si se tratase de estas últimas.



## CAPÍTULO 4

### LA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO AÉREO EN EL PROTOCOLO ADICIONAL I DE 1977

#### 1) PROTECCIÓN DE LAS AERONAVES SANITARIAS

En el PI, los transportes sanitarios aéreos son objeto de ocho artículos, del 24 al 31, ambos inclusive, que configuran la regulación propia de un capítulo. En dichos artículos se aborda la protección de las aeronaves sanitarias distinguiéndose, según la mayor parte de los estudios abordados sobre el tema, tres partes:

La primera de ellas contendría la protección de dichos transportes sanitarios diferenciando las distintas zonas de dominio de las partes en conflicto, lo que según estos estudios abarcaría los tres primeros artículos,

la segunda parte contendría las disposiciones de aplicación

y la tercera la configuraría el último artículo que prevé la regulación de las aeronaves que sobrevuelan el territorio de Estados que no son parte en el conflicto.

Sin ~~embargo~~, parecería más lógico y sistemático establecer la ~~diferenciación~~ de las tres partes en que queda dividido el ~~tratamiento~~ de las aeronaves sanitarias en el Protocolo del siguiente modo:

la primera parte la constituiría el artículo 24, que establece de modo genérico la protección de las aeronaves sanitarias y que en la estructura antes indicada resulta despreciado, sin que se incluya en ninguna de las partes diferenciadas,



la segunda parte, efectivamente dedicada a establecer la protección según las zonas de dominio de las partes en conflicto, quedaría conformada por los artículos 25, 26, 27 y 31

y la tercera, y última parte, estaría constituida por los artículos 28, 29 y 30, sobre restricciones al uso de las AS, notificaciones y acuerdos para el sobrevuelo de distintas zonas de conflicto y de Estados neutrales o Estados no partes en conflicto, así como del aterrizaje e inspección.

El artículo 31 pues, dedicado a la protección de las aeronaves sanitarias cuando sobrevuelan territorio de Estados neutrales u otros que no son parte en el conflicto, debería considerarse integrado en la parte dedicada a establecer la regulación de la protección de las aeronaves sanitarias por zonas, sin que en sí mismo pueda considerarse una parte diferenciada y al margen de la sistemática de zonas, aun teniendo en cuenta que su posición en el articulado no se produce a continuación de los tres primeros artículos dedicados a la protección según las diferentes zonas.

La regulación de la protección de las AS en los artículos 24 a 31 del PI, constituye un conjunto de normas que establecen un marco de equilibrio entre el derecho humanitario, esto es, la protección y atención a los heridos, enfermos y náufragos con los imperativos militares surgidos de la necesidad de seguridad.

El artículo 24 del PI, dice:

"Las aeronaves sanitarias serán respetadas y protegidas de conformidad con las disposiciones del presente Título".

La referencia al Título II del Protocolo en su conjunto, y no solo a los específicos artículos antes citados, resulta acertada toda vez que es en el artículo 8, en el que se define la AS objeto de la protección regulada en dichos artículos.

Los artículos destinados a la regulación de las aeronaves y su protección según la zona en que se hallen se consideran, según se expuso, en los artículos 25, 26, 27 y 31.

El artículo 25, primero de tales artículos, se refiere a las aeronaves sanitarias en zonas no dominadas por la parte adversa y dice:

"En las zonas terrestres dominadas de hecho por fuerzas amigas o en las marítimas no dominadas de hecho por una parte adversa, así como en su espacio aéreo, el respeto y la protección de las aeronaves sanitarias de una parte en conflicto no dependerán de acuerdo alguno con la parte adversa. No obstante, para mayor seguridad, la parte en conflicto que utilice sus aeronaves sanitarias en tales zonas podrá dar a cualquier parte adversa la notificación prevista en el artículo 29, especialmente cuando esas aeronaves efectúen vuelos que las pongan al alcance de los sistemas de armas ~~superficie-aire~~ de la parte adversa".

El dominio de la zona, concepto sobre el que descansa la protección dispensada, se configura por un dominio de hecho, que no de derecho, por un control material del territorio basado en la presencia de las fuerzas armadas de la parte a quien pertenezcan las AS, y no por la soberanía

sobre el mismo, lo que parece fundamentarse en que es la presencia de las fuerzas armadas la que verdaderamente permite garantizar la seguridad de las AS, siendo este elemento de seguridad el criterio determinante de este contexto, como así apunta el CICR en los comentarios realizados PI.

Sin embargo, cabe cuestionarse si tal criterio resulta siempre patente en cualquier conflicto armado, de manera que sea posible dejar al margen, sin más cuestionamiento, el criterio jurídico y objetivo de la soberanía, toda vez que parece difícil poder afirmar que el dominio militar de una parte u otra es siempre ostensible, además de que el devenir de la guerra, por su propia naturaleza, es proclive al cambio de situaciones y de ventajas militares, no siempre predecibles. Quizá esta determinación de dominio de hecho resulte más acertada respecto de la determinación de las zonas marítimas no dominadas por una parte adversa, siendo más evidente la ocupación militar de zonas marítimas. Sin embargo, también cabe advertir, que solo la soberanía puede determinar objetivamente las zonas marítimas sometidas a una u otra parte en conflicto.

Por otra parte, el término fuerzas amigas, acertadamente puede incluir a un gran abanico de partes en conflicto, como las fuerzas armadas de un movimiento de liberación, fuerzas armadas de una parte y las fuerzas aliadas de otro.

Aunque en esta zona, la protección de va a depender de acuerdo alguno con la otra parte beligerante, no obstante y para mayor seguridad, la parte que vaya a utilizar AS en tales zonas puede notificar a la parte adversa tal intención, sobre todo cuando se prevea efectuar vuelos que

las pongan al alcance de los sistemas de armas superficie-aire de la parte adversa.

Finalmente la obligación de respetar y proteger las aeronaves sanitarias se impone tanto cuando vuelan como cuando están en tierra.

El segundo de los cuatro artículos que establecen las normas generales para la utilización de las aeronaves sanitarias según la zona en que éstas se encuentren es el artículo 26 que, dedicado a las aeronaves sanitarias en zonas de contacto o similares dice:

"En las partes de la zona de contacto que estén dominadas de hecho por fuerzas amigas y en las zonas cuyo dominio de hecho no esté claramente establecido, así como en su espacio aéreo, la protección de las AS solo podrá ser plenamente eficaz si media un acuerdo previo entre las autoridades militares competentes de las partes en conflicto conforme a lo previsto en el artículo 29. Las AS que, a falta de tal acuerdo, operen por su cuenta y riesgo, deberán no obstante ser respetadas cuando hayan sido reconocidas como tales.

Se entiende por "zona de contacto" cualquier zona terrestre en que los elementos avanzados de las fuerzas opuestas estén en contacto unos con otros, en particular cuando estén expuestos a tiro directo desde tierra".

Resulta definitivo en el presente artículo la definición de zona de contacto, habida cuenta que es de la que se hace depender la protección de la aeronave sanitaria.

Tal zona de contacto significa, en un conflicto armado, aquella área donde los elementos más avanzados de las fuerzas de las partes adversarias están en contacto entre sí.

El hecho de limitarse a las zonas terrestres, excluye toda norma referida a la guerra naval donde la zona de contacto puede ser más amplia, no obstante existen aparatos aéreos que serán posibles protagonistas al tener que rescatar y evacuar desde el mar heridos o náufragos durante el combate, cobrando especial fuerza lo dispuesto para las aeronaves sanitarias en el CII.

Por otra parte, hubo algún relator que se manifestó a favor de que se designasen como zonas terrestres aquellas donde estuvieran incluidos, los ríos, las aguas poco profundas y las playas donde pudiera surgir actividad bélica, como en cualquier otra zona terrestre, aunque ello no obstante, parece separarse de la sistemática seguida en el propio Título II del PI en el que al regular la protección de los transportes sanitarios marítimos incluía las aguas interiores.

Por su parte la expresión "elementos avanzados" no se refiere a un pequeño grupo de reconocimiento sino a todas las tropas en contacto con el enemigo. La zona de contacto es por tanto la "parte de adelante" o vanguardia del campo de batalla.

No obstante la zona cuyo dominio de hecho no esté claramente establecido a que también se refiere el artículo 26 será, sin duda, el supuesto más común.

Se debe reseñar que en este artículo, al igual que en el artículo 25, se otorga protección a las AS tanto cuando sobrevuelan estas zonas como cuando permanecen en tierra.

En este artículo 26, se resalta el peligro que corren las aeronaves sanitarias que operan en estas zonas y si bien no establece imperativamente una obligación de acordar la operatividad sobre las mismas, si queda suficientemente recomendado no solo mediante la expresión "la protección de las AS solo podrá ser plenamente eficaz si media un acuerdo previo entre las autoridades militares competentes de las partes en conflicto", sino principalmente con la consecuencia advertida en el propio artículo "las aeronaves sanitarias que a falta de tal acuerdo, operen por su cuenta y riesgo, deberán no obstante ser respetadas cuando hayan sido reconocidas como tales".

La consecuencia de la falta de acuerdo se traduce por tanto en considerar las operaciones efectuadas "por cuenta y riesgo" y, si bien la falta de acuerdo no presupone automáticamente la posibilidad de un ataque del adversario, si es cierto que las acrecienta.

Queda claro que llegado el caso de este ataque, el Estado implicado no comprometería su responsabilidad respecto de las AS que no hayan sido ~~identificadas~~ y volasen sin el previo acuerdo citado.

Por tanto, es cierto que en este artículo no se establece la obligación de un acuerdo previo sobre las actuaciones a realizar por las AS, pero es lo cierto que las consecuencias que su falta desencadena lo convierten de facto en una exigencia.

El tercero de los artículos que establecen las normas generales para la utilización de AS según el lugar o zona, es el artículo 27 el cual, se refiere a las aeronaves sanitarias en zonas dominadas por la parte adversa y que, en su primer párrafo dice:

"Las aeronaves sanitarias de una parte en conflicto continuarán protegidas mientras sobrevuelen zonas marítimas o terrestres dominadas de hecho por un parte adversa, a condición de que para tales vuelos se haya obtenido previamente el acuerdo de la autoridad competente de dicha parte adversa".

En este artículo se observa, a priori, una diferencia con los artículos 25 y 26. En éstos, la protección que se regulaba incluía el sobrevuelo de la zona y su permanencia en la misma. Por el contrario, en el artículo 27 se advierte que la protección se limita al vuelo, esto es, a atravesar el espacio aéreo de la parte adversa, salvo en caso de dificultades técnicas o si se les da la orden de aterrizar o amarrar.

El acuerdo, cuya obtención resulta un imperativo para que exista el deber de respeto y protección, debe otorgarlo la autoridad competente de la parte adversa. Aunque no se designa la autoridad que debe conceder el acuerdo o autorización, se entiende que debe corresponder al Estado Parte del conflicto bélico.

No obstante, esta cuestión pudiera derivar, por su posible confusión, en que el acuerdo obtenido adolezca finalmente de ineficacia y resulte objeto de posteriores cuestionamientos o de falta de inmediatez.

La solicitud de un acuerdo y la respuesta pertinente pueden efectuarse por cualquier medio de comunicación.

El segundo apartado del artículo 27 establece:

"La AS que sobrevuele una zona dominada de hecho por la parte adversa sin el acuerdo previsto en el párrafo anterior, o apartándose de lo convenido, debido a un error de navegación o a una situación de emergencia que comprometa la seguridad del vuelo, deberá hacer todo lo posible para identificarse e informar a la parte adversa acerca de las circunstancias en que se encuentra. Tan pronto como la parte adversa haya reconocido tal AS, hará todo lo razonablemente posible para dar la orden de aterrizar o amarrar o para adoptar otras disposiciones con objeto de salvaguardar los intereses de esa parte y, en ambos casos, antes de recurrir a un ataque contra la aeronave, darle tiempo de obedecer".

En este apartado se insiste en la idea de que lo único permitido por una AS, es sobrevolar el espacio aéreo de la otra parte una vez obtenido el acuerdo de la parte adversa para ello, regulando las consecuencias de que una AS sobrevuele la zona sin acuerdo previo o apartándose de lo convenido con ocasión de un error de navegación o de una situación de ~~emergencia~~ que afecte a la seguridad del vuelo.

Estas posibilidades no estaban previstas en los Convenios, y podría apartarse de lo establecido en los mismos, modificando su régimen.



Sin embargo, la incorporación de tales puntualizaciones bien puede entenderse como una matización amparada por nociones del derecho tales como el estado de necesidad, el error de hecho o la fuerza mayor, las cuales también pueden entenderse integradas, y por tanto ser invocadas, desde los propios Convenios para su justa aplicación.

Por otra parte, el CII, en su artículo 39, prevé la posibilidad de intimar a las aeronaves sanitarias a aterrizar o amarrar, si bien no determinaría expresamente los supuestos o al menos los supuestos que sí señala el artículo 27 del Protocolo, cuya previsión o enunciación bien podría entenderse realizada desde la labor de completar las previsiones de los Convenios, entendiéndose como una matización y ampliación más que como una verdadera modificación.

Ante la situación de una AS que sobrevuela territorio enemigo sin acuerdo previo o apartándose del acuerdo obtenido se establece una obligación para tal aeronave de hacerse identificar y reconocer así como de informar de la situación en que se encuentra, toda vez que es lo cierto que la seguridad de la parte adversa se ve seriamente comprometida ante el vuelo de una aeronave sin identificar sobre su territorio y que, ante la falta de acuerdo o la violación del mismo, no tendría porque permanecer inactiva. En consecuencia, la tripulación deberá ~~mantener~~ comunicarse con el adversario e identificarse.

Aquí se pone de relieve el equilibrio entre derecho humanitario y protección de la seguridad del territorio. Siendo lo cierto que debe protegerse una AS también lo es que no puede excluirse un ataque sobre ésta si la misma no cumple sus obligaciones.

No obstante, y antes de llegar a la situación de ataque contra una AS se hace preciso, según establece el artículo 27, que la parte adversa haga todo lo razonablemente posible para dar la orden de aterrizar o amarrar o para adoptar otras disposiciones que salvaguarden la seguridad de esa parte, como imponer a la aeronave otra ruta o enviar otra aeronave con la orden de seguirla. Además, antes de recurrir a la posibilidad de un ataque, necesariamente se deberá dar tiempo de obedecer.

Cabría indicar también la posibilidad de las AS que entran deliberadamente en el espacio aéreo de la parte adversa sin acuerdo previo y sin que ello obedezca a una situación de error o emergencia de carácter técnico, sino porque la ruta acortara la duración de la travesía siendo que se transportaran heridos necesitados de asistencia muy urgente.

Tales vuelos, pese a sus razones humanitarias, suponen una infracción del Protocolo y la reacción de la parte adversa debe ser la anteriormente expuesta, toda vez que desconoce la verdadera intención de tal vuelo.

En el supuesto de que la aeronave fuera obligada a aterrizar, ~~supuesto~~ más lógico, la tripulación ~~podría~~ resultar ~~sancionada~~ ~~por~~ consecuencia de la infracción.

El último de los artículos que determinan la protección de las aeronaves sanitarias por la zona o lugar de actuación es el artículo 31, que regula la protección de estas aeronaves respecto de los Estados neutrales u otros Estados que no sean partes en conflicto.

Dice el primer apartado del citado artículo:

"Las aeronaves sanitarias no podrán sobrevolar el territorio de un Estado neutral o de otro Estado que no sea parte en el conflicto, ni aterrizar o amarrar en él, salvo en virtud de acuerdo previo. Sin embargo, de mediar tal acuerdo, esas aeronaves serán respetadas mientras dure el vuelo y durante las eventuales escalas en tal territorio. No obstante, deberán obedecer toda intimación de aterrizar o, en su caso, amarrar".

Tanto el CI, en su artículo 37, como el CII, en su artículo 40, contienen sendas disposiciones relativas a la protección de AS en sus vuelos sobre países neutrales. En dichos Convenios no se aborda la cuestión respecto de las aeronaves civiles. El PI, en su artículo 31, viene a extender el beneficio de los Convenios a las AS civiles que quedan sometidas a las mismas normas que las AS militares, habiéndose además puntualizaciones que no figuraban en los Convenios, en particular en lo que respecta al aterrizaje.

El régimen acordado para el vuelo sobre el territorio de un Estado neutral de una AS es muy parecido al establecido para el vuelo sobre una zona dominada de hecho por una parte adversa, con la diferencia de que en este artículo 31, párrafo 1º, se tiene en cuenta la posibilidad de una escala voluntaria. Por tanto, si las AS sanitarias, aparte de volar por el espacio aéreo de un Estado neutral, también pretenden aterrizar o amarrar en él, deberán, para hacerlo lícitamente, obtener un acuerdo previo, consiguiendo con ello que dichas aeronaves puedan ser respetadas.

En el apartado 2 del artículo 31 se dice:

"La AS sanitaria que, sin acuerdo previo o apartándose de lo estipulado en un acuerdo, sobrevuele el territorio de un Estado neutral o de otro Estado que no sea parte en un conflicto, por error de navegación o a causa de una situación de emergencia que afecte a la seguridad del vuelo, hará todo lo posible para notificar su vuelo y hacerse identificar. Tan pronto como dicho Estado haya reconocido tal AS, hará todo lo razonablemente posible por dar la orden de aterrizar o amarrar o para adoptar otras disposiciones con objeto de salvaguardar los intereses de ese Estado y, en ambos casos, dar a la aeronave tiempo para obedecer, antes de recurrir a un ataque".

Este segundo apartado del artículo 31 es réplica casi exacta del mismo apartado del artículo 27. La única variedad que se puede encontrar en el texto se refiere a que, aparte de hacerse identificar, cuando no cumpla lo acordado sobre el plan de vuelo sobre el territorio del Estado neutral o de otro Estado que no sea parte en el conflicto, es el de la notificación. Lo cual se entiende que no tiene mucho sentido, pues el objeto necesario para evitar un ataque sería la de identificarse e informar de su nueva situación, siendo ello suficiente, sin necesidad de completarse, además, con una notificación.

~~Resulta de interés destacar~~ la posibilidad de que un Estado que no es parte en las hostilidades pueda recurrir a un ataque de AS.

Cabe señalar que el ataque, último recurso posterior a toda una serie de medidas anteriores posibles, no ha quedado proscrito dado que, de facto, una sola aeronave puede ocasionar gravísimos daños, y dentro del principio de

proporcionalidad ha de valorarse el resultado de la acción con el interés que debe protegerse, y siendo éste la propia seguridad del territorio y de las personas que en él viven es lo cierto que la medida, concebida además como de último recurso, no resulta desproporcionada con el bien que se protege. No obstante, se puede apreciar que el término que se establece de "ataque" y su permisividad expresa en el texto, a pesar de lo antes manifestado, puede que no sea lo más adecuado para un texto convencional de índole humanitario.

El apartado 3 del artículo 31 establece que:

"Si una aeronave sanitaria, con acuerdo previo o en las circunstancias mencionadas en el párrafo 2, aterriza o amara en el territorio de un Estado neutral o de otro Estado que no sea parte en el conflicto, obedeciendo a una intimación o por cualquier otra circunstancia, quedará sujeta a inspección para determinar si se trata de una AS. La inspección será iniciada sin demora y efectuada rápidamente. La parte que proceda a la inspección no exigirá que sean desembarcados de la aeronave los heridos y enfermos que dependen de la parte que utilice la aeronave a menos que ello sea indispensable para la inspección. En todo caso, esa parte cuidará de que tal inspección o desembarque no agrave el estado de los heridos y enfermos. Si la inspección revela que la aeronave es efectivamente una aeronave sanitaria, esa aeronave con sus ocupantes, salvo los que deban ser retenidos de conformidad con las normas de derecho internacional aplicables en los conflictos armados, será autorizada a proseguir su vuelo, y recibirá las facilidades apropiadas para ello. Si la inspección revela que esa

aeronave no es una AS, la aeronave será apresada y sus ocupantes serán tratados conforme a lo dispuesto en el párrafo 4".

Una AS de una parte en conflicto que aterrice o amare en el territorio de un Estado no parte en el conflicto debe saber que puede ser sometida a una inspección en toda circunstancia, y tal posibilidad debería ser una razón para disuadir del uso abusivo de tales aeronaves, dada la alta posibilidad de ser descubierta en tan grave infracción.

La finalidad de la inspección es muy precisa: determinar si se trata de una AS. A ello debe limitarse sin que quepan otro tipo de averiguaciones, averiguaciones que tendrían lugar caso de que no se tratara de una verdadera AS y que superarían, por tanto, abusivamente, el objeto para el que queda habilitada la inspección.

Por otra parte, la inspección es el único medio que permite garantizar el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el derecho de la neutralidad.

El hecho de que no se pida como objetivo de la inspección que se verifique si la aeronave efectuaba el vuelo sin acuerdo o violando tal acuerdo significa que el Estado que no es parte en el conflicto, contrariamente a la parte en conflicto ~~que tiene en su poder una aeronave perteneciente~~ a la otra parte, no tiene derecho a apresar una AS por la única razón de que ésta haya sobrevolado su territorio o se haya posado en él sin que medie acuerdo o en violación de éste. Tal suavización de la norma en el supuesto de un Estado que no forma parte de las hostilidades se justifica en la diferencia existente entre las relaciones que tiene

una parte en conflicto con la parte adversa y la que tiene con un Estado neutral o que no es parte en el conflicto.

El apartado 3 del artículo 31 se establecen normas para la inspección cuyo último objetivo es preservar la salud de los enfermos y heridos y así, viene a estipularse que no serán desembarcados, a menos que lo justifique la inspección o su estado de salud, los heridos y enfermos que deberán permanecer o que podrán optar por permanecer en las aeronaves caso que éstas sean autorizadas a proseguir su vuelo si de la inspección se derivase la conclusión de que se trata de una auténtica aeronave sanitaria.

Si la inspección revela que la aeronave es una auténtica aeronave sanitaria será autorizada, en todos los casos, para proseguir su vuelo. El hecho de que haya penetrado en el espacio aéreo del Estado neutral o del Estado que no es parte en el conflicto o de que se haya posado en su territorio sin autorización o en violación de un acuerdo no es suficiente para justificar su retención. Una vez que permita a la aeronave a proseguir su vuelo, deberá proporcionar todas las facilidades hasta donde le sea posible, la asistencia técnica necesaria para la seguridad del vuelo.

Por su parte, si la inspección revela que la aeronave no es una AS, será apresada. Esta consecuencia resulta más rigurosa cuando se trata de un Estado no parte en el conflicto que cuando se trata de un Estado parte en las hostilidades y ello por cuanto, a la parte adversa se la deja la opción de apresar o no a la aeronave. La razón de esta diferencia esta perfectamente justificada. Cuando es la parte adversa la que detiene la aeronave solo existe una relación bilateral entre Estados. Nada impide en el derecho

humanitario que una parte en el conflicto sea más generosa con la parte adversa que lo que exige el propio derecho. Sin embargo, cuando la aeronave cae en poder de un Estado que no es parte en el conflicto, la relación entre Estados es trilateral y, en este sentido, si el Estado neutral se mostrase de diferente pronunciamiento con las partes en conflicto, que beneficiase a una en detrimento de la otra, podría llevar a situaciones de precariedad en el sostenimiento de la neutralidad. Por ello es necesario que se lleve a cabo el apresamiento.

Las normas de derecho internacional a que se refiere este apartado 3 son las disposiciones del Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907 concernientes a los derechos y deberes de las potencias y de las personas neutrales en caso de guerra terrestre. También se incluyen el artículo 37 del CI y el artículo 40 del CII.

Es el artículo 14 del Convenio de La Haya de 18 de octubre de 1907, que regula el paso por territorio neutral de los heridos y enfermos pertenecientes a los ejércitos beligerantes, el que por analogía resulta de aplicación.

Este artículo 14, que solo versa sobre los heridos y enfermos militares, exige dos cosas al Estado que no sea parte en el conflicto:

A) Que debe guardar a los heridos y enfermos de la parte adversa a aquella de la que depende la aeronave. Debe retener a los heridos, enfermos y náufragos que si no se convertirían en prisioneros de guerra.

B) Que debe asimismo guardar a los heridos, enfermos y náufragos de la parte de la que depende la aeronave que le



sean confiados, que no están en condiciones de continuar el vuelo.

En el primer caso, por tanto, la retención depende del control efectuado por el Estado que no es parte en el conflicto, en el segundo, de una decisión del comandante de la aeronave, que consultado al personal sanitario se manifestará al efecto.

En cuanto a los heridos, enfermos y náufragos civiles que no tengan capacidad para pronunciarse sobre su voluntad:

A) Si tienen la nacionalidad de la parte de la que dependa la aeronave, deberían continuar el vuelo.

B) Si tienen la nacionalidad de la parte adversa, deberían ser desembarcados,

C) Si son ciudadanos del Estado que no es parte en el conflicto en cuyo territorio se ha posado la aeronave, serán desembarcados

D) Si son ciudadanos de otro Estado que no es parte en el conflicto, su suerte se determinará de común acuerdo entre el comandante de la aeronave y las autoridades del Estado en cuyo territorio se halle.

A diferencia de lo estipulado para los heridos, enfermos y náufragos militares, el Estado que no es parte en un conflicto, no tiene el ~~deber~~ de custodiarlos hasta el fin de las hostilidades.

Por lo que se refiere a los miembros de la tripulación, estos son considerados personal sanitario en el sentido del Protocolo, gozando de la protección dispensada por los Convenios y que ya ha sido objeto de análisis.

Los demás ocupantes de la aeronave no son comparables a las personas a que se refiere el Convenio de La Haya, estando amparadas por las normas de los derechos humanos y por la legislación interna de los Estados en que se encuentren. Será pues la voluntad de tales personas la determinante de su situación.

En el supuesto que la inspección revelase que la aeronave no es una AS, ésta deberá ser apresada. Todos sus ocupantes serán desembarcados en el territorio del Estado que no es parte en el conflicto.

Su suerte se dispone en el párrafo 4 del artículo 31 que dice:

"Con excepción de los que sean desembarcados temporalmente, los heridos, enfermos y náufragos desembarcados de una AS con el asentimiento de la autoridad local en el territorio de un Estado neutral o de otro Estado que no sea parte en el conflicto deberán, salvo que este Estado y las partes en conflicto acuerden otra cosa, quedar bajo la custodia de dicha autoridad cuando las normas de derecho internacional aplicables en los conflictos armados así lo exijan, de forma que no puedan volver a participar en las hostilidades. Los gastos de hospitalización y de ~~internamiento~~ correrán a cargo del Estado a que ~~pertenecerán~~ tales personas".

Todos los heridos, enfermos y náufragos militares serán confiados al Estado que no es parte en el conflicto de manera que no puedan tomar de nuevo parte en las operaciones de guerra.

Los heridos, enfermos y náufragos civiles serán repatriados o enviados al Estado que elijan, si su estado de salud lo permite.

La tripulación de una aeronave apresada pierde su estatus de personal sanitario. Se les debe aplicar el artículo 11 del Convenio de La Haya de 1907, por analogía. Deberá ser internada hasta que acabe el conflicto bélico, no siendo óbice para que puedan ser eventualmente juzgadas, en el caso de que existieran indicios de haber cometido una infracción grave de los Convenios o del Protocolo.

El párrafo 4 del artículo 31 incorpora dos elementos de interés:

A) Que la obligación al Estado que no es parte en el conflicto de retener bajo custodia a ciertas categorías de personas puede suprimirse o modificarse si hay acuerdo entre ese Estado y las partes en conflicto. Esto significa que para cada acuerdo ser requiera un triple asentimiento, el del Estado que no es parte en el conflicto y el de las dos partes adversarias. Tales acuerdos son previsibles de alcanzar desde la reciprocidad, cuando hay personas de los dos bandos internadas en el Estado que no es parte en el conflicto.

B) Que los gastos de hospitalización y de internamiento correrán a cargo de la parte a la que pertenezcan tales personas.

El artículo 31 finaliza con el apartado 5 que dice:

"Los Estados neutrales u otros Estados que no sean partes en el conflicto aplicarán por igual a todas las

partes en conflicto las condiciones y restricciones eventuales respecto al sobrevuelo de su territorio por aeronaves sanitarias o al aterrizaje de ellas en el mismo".

Cabe señalar sobre el mismo, que dada la tensión que se genera entre los Estados cuando surge un conflicto armado, es aconsejable que los Estados que no sean parte en tal conflicto acentúen sus cautelas a fin de no verse envuelto en situaciones que pudieran desembocar en no buenas consecuencias. Por ello, se debe mantener una actitud que en ningún caso pudiera entenderse como favorecedora hacia alguna de las partes en conflicto, y para aplicar equitativamente a todas las partes en conflicto las condiciones y restricciones eventuales que imponga, se debe examinar de la misma manera toda solicitud de acuerdo, así como deben ser iguales los trámites exigidos para tales acuerdos y el grado de verificación de los mismos.

## **2) DISPOSICIONES DE APLICACIÓN**

A continuación se expone el análisis de la segunda parte de las tres en que se considera dividido el tratamiento de las AS en el Protocolo y que queda integrada por los artículos 28, 29 y 30.

~~De~~ el artículo 28, en su apartado 1:

"1.-Se prohíbe a las partes en conflicto utilizar sus aeronaves sanitarias para tratar de obtener una ventaja militar sobre una parte adversa. La presencia de aeronaves sanitarias no podrá utilizarse para

tratar de poner objetivos militares a cubierto de un ataque.

2.-Las AS no se utilizarán para recoger ni transmitir información militar y no transportarán equipo alguno destinado a esos fines. Se les prohíbe transportar personas o cargamento no comprendidos en la definición contenida en el apartado f) del artículo 8. No se considerará prohibido el transporte a bordo de los efectos personales de los ocupantes o del equipo destinado exclusivamente a facilitar la navegación, las comunicaciones o la identificación.

3.- Las aeronaves sanitarias no transportarán armamento alguno salvo las armas portátiles y las municiones que hayan sido recogidas a los heridos, enfermos y náufragos que se hallen a bordo y que aún no hayan sido entregadas al servicio competente, y las armas ligeras individuales que sean necesarias para que el personal sanitario que se halle a bordo pueda defenderse y defender a los heridos, enfermos y náufragos que tenga a su cargo.

4.-Salvo acuerdo previo con la parte adversa, las aeronaves sanitarias no podrán utilizarse, al efectuar los vuelos a que se refieren los artículos 26 y 27, para buscar heridos, enfermos y náufragos.

Se pone de relieve, a través de esta estipulación, la preocupación existente por la ~~amenaza~~ que puede constituir para la seguridad de un Estado el posible abuso del estatuto de protegido, lo que supone un factor primordial a la hora de establecer las limitaciones de la protección de las AS.

Las restricciones mencionadas en los párrafos 1 a 3 transcritos tienen un alcance general y se aplican a todos

los usos de las AS; la restricción impuesta en el apartado 4 se aplica a los vuelos efectuados en el espacio aéreo correspondiente a las zonas cubiertas por el artículo 26, esto es, zonas de contacto o similares, o a las zonas cubiertas por el artículo 27, es decir, zonas dominadas por la parte adversa, y no se aplica a los vuelos efectuados en el espacio aéreo de las zonas cubiertas por el artículo 25, esto es, las zonas no dominadas por la parte adversa. Por tanto las restricciones de los apartados 1 a 3 del artículo 28 son de carácter general y se imponen incluso en el caso de que una parte sobrevuele su propio territorio, pues podría suceder que una parte aunque tuviera la exclusiva intención de sobrevolar su propio territorio, podría verse accidentalmente sobrevolando una zona dominada por parte adversa, por inadvertencia o como consecuencia de mal tiempo.

La prohibición a las partes en conflicto de utilizar las AS para tratar de obtener una ventaja militar sobre la parte adversa constituye uno de los pilares sobre los que se apoya todo el derecho internacional humanitario. La utilización de una AS para tratar de obtener una ventaja militar la haría perder el estatus de aeronave sanitaria y, por ello, su derecho a protección.

Esta prohibición constituye, por tanto, el anuncio de un principio sobre el que gravita el resto de disposiciones del artículo 28 y se inspira en las normas establecidas en los Convenios que prohíben utilizar prisioneros de guerra o a personas protegidas por el CIV para proteger, mediante su presencia, ciertos puntos o ciertas posiciones contra las operaciones militares.

Su previsión se destina a evitar que AS sirvan como escudo contra el ataque dirigido desde tierra contra aeronaves no sanitarias.

El segundo apartado del artículo 28 tiene presente que toda aeronave es un puesto privilegiado de observación, razón por la que se rehúsa autorizar a las aeronaves sanitarias a que sobrevuelen el territorio de la parte adversa sin autorización expresa para ello y motivo por el que se establece una cuádruple prohibición:

A) En primer lugar se prohíbe que las AS se utilicen para recoger información militar, como la señalización de la presencia o no de posiciones militares en un cierto lugar.

B) En segundo lugar se prohíbe el uso de las AS para transmitir información militar, ya que si se llevara a efecto provocaría la exclusión de su protección.

C) En tercer lugar se prohíbe que las AS transporten equipo destinado a recoger o a transmitir información militar. Por tanto, no solo se abandona el estatus de AS si se recoge o transmite información militar, sino también cuando se provee de equipo destinado a tales fines aun en el supuesto de que hubiera sido utilizado.

D) En cuarto lugar se prohíbe transportar personas o cargamento no comprendidos en la definición contenida en el apartado f) del artículo 8. Tal prohibición es sin embargo reiterativa de la propia configuración de la AS y no constituye en sí misma una prohibición nueva.

Por lo que se refiere a la indicación de cierto material de los ocupantes o de equipos para la navegación como no prohibidos, es muy válida a fin de que concreta permisividad o prohibición con respecto a lo expuesto en el párrafo primero de este artículo 28.

Las disposiciones estipuladas en el apartado tercero del artículo 28 referidas al armamento de las aeronaves sanitarias son parecidas a las que se aplican de manera general a las unidades y los medios de transporte sanitarios del artículo 13, párrafo 2, apartados a y c, que admite las armas a que se refiere el apartado tercero del artículo 28, no considerándose perjudicial para el enemigo y con las contenidas en el artículo 22 del CI y 35 del CII.

Sobre el apartado cuarto del artículo 28, relativo a la prohibición sobre la búsqueda de heridos, enfermos o náufragos salvo acuerdo previo con la parte adversa, conviene precisar, en primer lugar, el concepto de búsqueda. Se entiende por tal el sobrevuelo de una región con el propósito de la localización de heridos, enfermos y náufragos.

La restricción que el apartado cuarto del artículo 28 establece, se refiere a los vuelos realizados por las AS previstos en los artículos 26 y 27 y ~~deja a salvo~~ el marco del artículo 25 "AS en zonas no ~~dominadas~~ por la parte adversa", de modo que aquí la búsqueda queda libremente autorizada y se deja únicamente a la iniciativa de la parte de la que dependen las AS.

El artículo 26 -AS en zonas de contacto o similares- recomienda un acuerdo previo con las autoridades militares



de la parte adversa antes de sobrevolar dichas zonas. A falta de mención específica en este acuerdo, el artículo no incluye la búsqueda, que queda, por lo tanto prohibida. Las AS podrán operar en esas zonas sin que medie un acuerdo, pero lo harán por su cuenta y riesgo.

La aeronave que penetre sin previo acuerdo en la zona definida en el artículo 26 con el propósito de socorrer a heridos previamente localizados corre, sin duda, grandes riesgos, pero no comete infracción al PI. Sin embargo, la que vuele dicha zona a fin de localizar heridos sí comete infracción al Protocolo y además, la norma del propio artículo 26 que impone respetar a las AS que vuelen en esa zona tan pronto sean reconocidas, deja de aplicarse a las aeronaves que efectúen una misión de búsqueda.

Por su parte el artículo 27 solo protege a las AS que sobrevuelen las zonas dominadas por la parte adversa con el acuerdo de ésta. Estará prohibida la búsqueda si no se ha acordado previamente.

Se puede concretar que el Protocolo es muy riguroso en lo que respecta a las misiones de búsqueda de heridos, enfermos y náufragos, por medio de las AS, fuera de las zonas dominadas por la parte de la que dependan.

Se incluye en la parte dedicada a las llamadas "disposiciones de aplicación" el contenido del artículo 29 de la Sección II del Título II del PI que establece:

"1. Las notificaciones a que se refiere el artículo 25 y las solicitudes de acuerdo previo mencionadas en los artículos 26, 27, 28, apartado 4 y 31, deberán indicar el número previsto de AS, sus planes de vuelo y medios

de identificación; tales notificaciones y solicitudes se interpretarán en el sentido de que los vuelos se efectuarán conforme a las disposiciones del artículo 28".

Según quedó apuntado en el apartado dedicado al estudio de la protección de las AS por zonas, las notificaciones previstas en el artículo 25 dedicado a las AS en zonas no dominadas por la parte adversa, son facultativas; las solicitudes de acuerdos previos se recomiendan para los vuelos cubiertos por el artículo 26 -dedicado a las AS en zonas de contacto o similares- y tales solicitudes de acuerdos previos se exigen, en el artículo 27, respecto de las AS que pretenden sobrevolar zonas dominadas por la parte adversa. La exigencia de acuerdo previo respecto de la búsqueda de heridos se exige tanto para los vuelos regidos por el artículo 26 como para los regulados por el artículo 27. También se requiera para sobrevolar el territorio de un Estado que no sea parte en el conflicto y para el aterrizaje o amaraaje en este territorio.

Tales notificaciones o solicitudes de acuerdo, con independencia de que sean facultativas, recomendadas u obligatorias, deben contener una serie de elementos. Tales contenidos obedecen a una lógica, pues, a partir del ~~momento~~ en que se hace la notificación a la parte adversa ~~ésta incurre en una responsabilidad mayor~~ en caso de ataque equivocado por cuanto estaba advertida, pudiendo además resultar incorrecto y sobre todo agravar más la situación por realizar acusaciones basadas en notificaciones insuficientes, por lo que resulta preferible establecer obligaciones precisas al respecto.

Los elementos que deben contenerse en toda notificación o solicitud de acuerdo son tres:

- A) El número de aeronaves sanitarias.
- B) Sus planes de vuelo: hora de salida y llegada, trayecto y altitud, formulados en la medida de lo posible de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Organización de Aviación Civil Internacional.
- C) Medios de identificación: signos y señales distintivos de los que estarán provistos.

A estos tres elementos se les pueden añadir cuantos datos consideren adecuados.

Los contenidos de dichas notificaciones o solicitudes obedecen a una lógica, pues la parte adversa no deberá llevar a cabo ningún ataque a las AS, ya que incurriría en una responsabilidad mayor.

La inclusión en el artículo 29 de que las notificaciones y solicitudes de acuerdo se interpretan en el sentido de que los vuelos se efectuarán conforme a las disposiciones del artículo 28 parece, *a priori* reiterativa y, por ello no necesaria. Sin embargo puede tener su justificación para cuando se diera la circunstancia de que no se mencionase en la notificación o solicitud del transporte de armas, evitándose ~~transgredir~~ el referido artículo 28.

Los apartados 2, 3 y 4 del artículo 29, regulan la forma y el tiempo en que deben llevarse a cabo las notificaciones y solicitudes de acuerdo, disponiendo:

Aptdo.2) La parte que reciba una notificación hecha en virtud del artículo 25 acusará recibo de ella sin demora.

Aptdo.3) La parte que reciba una solicitud de acuerdo previo hecha en virtud de lo previsto en los artículos 26, 27, 28, párrafo 4, ó 31, notificará tan rápidamente como sea posible a la parte que haya hecho tal solicitud:

- a) la aceptación de la solicitud;
- b) la denegación de la solicitud, o
- c) una propuesta alternativa razonable a la solicitud. Podrá también proponer una prohibición o restricción de otros vuelos en la zona de que se trate durante el periodo considerado. Si la parte que ha presentado la solicitud acepta esas contrapropuestas, notificará su aceptación a la otra parte.

Aptdo.4) Las partes tomarán las medidas necesarias para que puedan hacerse esas notificaciones y acuerdos sin pérdida de tiempo.

A tenor de lo establecido en los artículos 25 y 29, párrafo 2, del PI, la notificación para las AS a operar en zonas no dominadas por la parte adversa, es facultativa, y el acuse de recibo de tal notificación, obligatoria. Tal notificación solo facilita la observancia de la obligación que existe de respetar a las AS utilizadas fuera de las zonas en las que ejerce su dominio de hecho. Además el acuse de recibo ha de realizarse sin demora, es decir, tan pronto como la parte haya tenido conocimiento de la notificación, aunque dicha expresión no determina plazo alguno.

El apartado 3 del artículo 29, se refiere a las solicitudes de acuerdo, cuya aceptación por la parte adversa modifica las obligaciones de ésta de acuerdo con lo establecido en el Protocolo. Por ello, el procedimiento de solicitud, acuse y aceptación, se hace más complicado, toda vez que en el caso de los artículos 26, 27 y 31, se solicita a la parte adversa o al Estado que no es parte en el conflicto, que acepte que la parte que hace la notificación utilice los elementos preceptuados en el artículo 29, párrafo 1 antes citado. Por tanto, si la parte adversa o el Estado que no es parte en el conflicto asiente a la solicitud de la parte en conflicto que la cursa, aunque la responsabilidad de garantizar las aeronaves vuelen conforme al acuerdo, sin ponerlas en riesgo de cualquier peligro.

La respuesta de la parte que recibe la solicitud debe ser enviada, según el artículo 29, apartado 3º, "tan rápidamente como sea posible", expresión que se comprende al tener que realizarse varias consultas, aunque no determina el plazo exacto. Para el ámbito jurídico esa imprecisión conlleva una inseguridad para el cumplimiento de la obligación.

Las respuestas posibles que se establecen a la solicitud ya se han relacionado anteriormente. No obstante, cabe señalar:

A) Que la aceptación permitirá la entrada en vigor del acuerdo tan pronto como la parte solicitante reciba tal respuesta.

B) Que la denegación debería incluir su fundamentación e ir acompañada de indicaciones que permitan

nuevamente presentar una solicitud con posibilidades de prosperar.

C) Que la propuesta alternativa a la solicitud, tenga posibilidades de éxito, así como una contrapropuesta debe tener el objetivo de conseguir el acuerdo. Dentro de las posibles propuestas alternativas el propio artículo 29 indica la prohibición o restricción de otros vuelos en la zona de que se trate durante un determinado periodo.

Esta cuestión suscitó una serie de dudas durante su aprobación. Al final prevaleció que resultaba perfectamente proporcionado que la parte que recibía la solicitud requiriera de la parte solicitante el cese de todo vuelo operacional no sanitario cuando ella misma dejaba de operar su equipo de defensa automática a fin de permitir el vuelo de las AS<sup>904</sup>.

Si la parte que ha presentado la solicitud acepta la contrapropuesta, notificará su aceptación a la otra parte, la cual es indispensable. Por otra parte, sería conveniente cerciorarse de que se recibido la notificación con la aceptación de la contrapropuesta antes de que el acuerdo se aplique.

Hasta aquí la forma a adoptar para alcanzar la respuesta a las solicitudes de acuerdo. Por lo que se refiere al tiempo para cursar dicha respuesta, debe ser el más breve. El artículo 29, en su párrafo 4, consecuentemente no establece al respecto un plazo preciso, sino que promueve una postura favorable a que se puedan hacer esas

---

<sup>904</sup> "Comentario del Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales" Comité Internacional de la Cruz Roja, 1986 (párrafos 1089- 1091)

notificaciones y acuerdos sin pérdida de tiempo. Como antes se ha referido, esta disposición está llena de toda lógica, aunque implica una inseguridad jurídica para la ejecución del cumplimiento de la misma en el caso de que se dilate en el tiempo la respuesta, aunque esté justificada.

Por último, el apartado 5 del artículo 29 establece la consecuencia inmediata de las notificaciones acusadas y de los acuerdos tomados, en los siguientes términos:

"Las partes tomarán también las medidas necesarias para que lo esencial de tales notificaciones y acuerdos se difunda rápidamente entre las unidades militares interesadas, las que serán informadas sobre los medios de identificación que utilizarán las AS de que se trate".

Es fundamental que se den a conocer las notificaciones y acuerdos alcanzados a todos los que pudieran transgredirlos por falta de conocimiento o ignorancia. Si las partes no establecen los mecanismos adecuados para que la información llegue a quienes tienen en su mano la obligación de cumplir, pues se estarían vulnerando los acuerdos suscritos y dejando de tener sentido lo pactado.

Por otra parte, se entiende que la difusión de tales notificaciones o acuerdos debe adoptarse también en un ~~determinado tiempo~~. El apartado 5 del artículo 29 no señala plazo exacto, sólo establece al efecto que ha de realizarse rápidamente. Sobre este plazo indeterminado hay que remitirse a lo anteriormente expuesto sobre la falta de seguridad jurídica que, no obstante, es comprensible que no se abuse de plazos precisos, dado el foro donde debe suscitarse el compromiso.

El último artículo destinado a las disposiciones de aplicación es el 30, el cual establece, en su primer apartado:

"1.- AS que sobrevuelen zonas dominadas de hecho por la parte adversa o zonas cuyo dominio no esté claramente establecido podrán ser intimadas a aterrizar o, en su caso, a amarrar, a fin de que se proceda a la inspección prevista en los párrafos siguientes. Las AS obedecerán tal intimación".

La parte adversa durante un conflicto armado puede exigir el aterrizaje o el amarraje en una zona bajo su control, incluso cuando existe un acuerdo para realizar el vuelo. Ello se debe a que toda aeronave de una parte en conflicto que sobrevuela una zona dominada por la parte adversa o en la que ésta tenga elementos de sus fuerzas armadas, constituye una posible amenaza. En el caso de sobrevuelos sin acuerdo o en infracción de éste la exigencia se acentúa y se convierte en casi automática u obligatoria. También puede darse el supuesto de un aterrizaje o amarraje forzoso en zona enemiga como resultado de avería, otro incidente técnico o condiciones meteorológicas desfavorables.

El artículo 30, al regular la situación de las AS que sobrevuelan zonas ~~dominadas de hecho~~ por la parte adversa o zonas cuyo dominio no esté claramente determinado, se refiere a las aeronaves sanitarias que se hayan en las situaciones del artículo 26 -AS en zonas de contacto o similares y del artículo 27 del PI -AS en zonas dominadas por la parte adversa.



La intimación a aterrizar o a amarrar puede hacerse a todas las AS que sobrevuelan las zonas mencionadas, independientemente del hecho de que el vuelo se efectúe de conformidad con un acuerdo, en violación del mismo o sin que medie un acuerdo. Esta disposición trata de armonizar la seguridad de las partes y los intereses militares, así como el equilibrio entre éstos y el derecho humanitario. Esta medida promueve una mayor garantía para asegurar que realmente es una AS, y su misión no es otra que la estrictamente humanitaria.

Las AS tienen, por su parte, la obligación de obedecer la intimación de aterrizar o amarrar. Una aeronave que rehusara tal intimación podría ser obligada a posarse por la fuerza e, incluso, en última instancia, podría ser atacada.

La orden de aterrizar o amarrar solo puede realizarse con la finalidad de proceder a una inspección, con el objeto ya referido de comprobar si la actividad de la aeronave es humanitaria.

En este sentido el artículo 30, en sus apartados 2, 3 y 4 indica:

Apartado 2.- Si una de tales aeronaves aterriza o amarra, obedeciendo a una intimación o por cualquier otra circunstancia, solo podrá ser objeto de inspección para comprobar los ~~avances~~ a que hacen referencia los párrafos 3 y 4 de este artículo. La inspección será iniciada sin demora y efectuada rápidamente. La parte que proceda a la inspección no exigirá que sean desembarcados de la aeronave los heridos y enfermos, a menos que ello sea indispensable para la inspección. En todo caso esa parte cuidará de

que esa inspección o ese desembarque no agrave el estado de los heridos y enfermos.

Apartado 3.- Si la inspección revela que la aeronave:

- a) es una AS en el sentido del apartado j) del artículo 8
- b) no contraviene las condiciones prescritas en el artículo 28; y
- c) no ha efectuado el vuelo sin acuerdo previo o en violación del mismo cuando tal acuerdo se requiera,

la aeronave y los ocupantes de la misma que pertenezcan a una parte adversa o a un Estado neutral o a otro Estado que no sea parte en el conflicto serán autorizados a proseguir el vuelo sin demora

Apartado 4.- Si la inspección revela que la aeronave:

- a) no es una AS en el sentido del apartado j) del artículo 8,
- b) contraviene las condiciones prescritas en el artículo 28, o
- c) ha efectuado el vuelo sin acuerdo previo o en violación de un acuerdo previo cuando tal acuerdo se requiera

la aeronave podrá ser apresada. Sus ocupantes serán tratados conforme a las disposiciones pertinentes de los Convenios y del presente Protocolo. Toda aeronave apresada que ~~haya estado destinada a servir de AS~~ permanente solo podrá ser ~~utilizada en lo sucesivo~~ como AS.

En el apartado 3 del artículo 30 se establecen, por tanto, los elementos que deben ser objeto de inspección y cuya concurrencia o no determinará la suerte que ha de correr la aeronave y sus ocupantes.

El primero de los aspectos a verificar es si la aeronave reúne los requisitos para ser calificada de AS según el artículo 8, apartado j) del Protocolo.

El segundo elemento cuya comprobación debe llevarse a cabo es que la aeronave no infrinja las restricciones impuestas en el artículo 28, esto es, que la misión de la aeronave no sea otra que la sanitaria y no encubra ninguna que pueda suponer una ventaja militar; que no haya recogido ni transmitido información militar ni porte equipo destinado a estos fines; que solo transporte personas o cargamento definido en el artículo 8, apartado f) del Protocolo; que no transporte armamento salvo el exclusivamente permitido y que su misión no sea la búsqueda de heridos, enfermos y náufragos careciendo del acuerdo previo al efecto.

Por último, el tercer elemento es el de saber si la aeronave ha efectuado el vuelo sin acuerdo previo o en violación del mismo cuando tal acuerdo se requiera.

Hasta aquí el estudio sobre los elementos o aspectos objeto de inspección. En cuanto al tiempo en que la inspección debe acometerse el artículo 30 establece que será iniciada sin demora y efectuada rápidamente. Tal previsión pretende reducir en todo lo posible la espera de los heridos, enfermos y náufragos en la aeronave. Por lo que respecta al término ~~sin demora~~ parece establecerse al efecto de que para no ~~retrasarse~~ el objeto de la inspección debe existir personal habilitado y disponible para realizarla. También se prevé que la inspección se lleve a cabo rápidamente, lo que supone que el personal destinado a tal fin debe llevar a cabo su trabajo sin dilación alguna, siendo deseable que estuviera especialmente entrenado para ello, cuestión que no parece de mayor dificultad, dado que en las Fuerzas

Armadas existe personal preparado para ello. No obstante, habrá que contar que el mismo estuviera dispuesto en el momento y lugar para la realización de la inspección.

El apartado 2 del artículo 30 establece la no exigencia de desembarco de heridos y enfermos a menos que sea indispensable para la inspección. Siendo el propósito de la regla enunciada la protección de los heridos y enfermos, que no de náufragos o tripulación, conjuga igualmente la finalidad humanitaria con la seguridad de la parte, de tal forma que no se prohíbe taxativamente el desembarco, siempre y bajo cualquier circunstancia, sino que se deja abierta la posibilidad a que pueda practicarse. En la propia Comisión II se puso como ejemplo que permite tal desembarco cuando se sospeche de que la aeronave esconde equipo o material destinado a transmitir información y que los propios heridos y enfermos son utilizados para ocultarlo.<sup>905</sup>

Los apartados 3 y 4 del artículo 30, que han sido transcritos, establecen las consecuencias que se desprenden, tanto para la aeronave como para los ocupantes, según el resultado de la inspección.

En el caso de que tras la inspección se comprobara que la aeronave reúne todos los ~~elementos~~ establecidos en el apartado 3 del artículo 30, la aeronave y sus ~~ocupantes~~ serán autorizados a ~~proseguir~~ el vuelo sin demora. La reanudación del vuelo solo dependerá entonces de las exigencias técnicas, correspondiendo al comandante verificar que su aeronave está en condiciones de proseguir

---

<sup>905</sup> "Comentario del Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales" Comité Internacional de la Cruz Roja, 1986 (párrafo 1113)

el vuelo, y las autoridades locales facilitar las condiciones necesarias para que el vuelo pueda tener lugar siempre y cuando la situación meteorológica y de seguridad en el ámbito bélico lo permita. En cuanto a los ocupantes del aparato, deben asimismo ser autorizados a proseguir el vuelo. Sin embargo, no se puede impedir que una parte retenga a sus propios ciudadanos, incluso en contra de su voluntad, quienes por otra parte no podrían pedir asilo político en la aeronave, la cual no goza de extraterritorialidad.

El artículo, por su parte, no menciona el caso de los heridos graves cuyo estado no permita proseguir su traslado. En la medida en que un herido ya no sea capaz de pronunciarse, la decisión recaería en el comandante de la aeronave, tras consultar al personal sanitario.

Si la inspección revela que la aeronave no cumple cualquiera de las tres condiciones impuestas en el artículo 30, apartado 3, el apartado 4 del citado artículo, establece las consecuencias para la aeronave y para los ocupantes.

En este apartado se indica que la aeronave podrá ser apresada. Esta consecuencia está pues concebida como facultad de la parte en cuyo poder se encuentra la aeronave de la parte adversa. En este sentido cabe indicar que cuando la aeronave ha violado deliberadamente las disposiciones del Protocolo o un acuerdo previo, la parte que tras la inspección advierte tales incumplimientos no debe vacilar en apresar la aeronave. Sin embargo, parece que en el caso de que no se haya cometido ninguna falta voluntaria, sino que la aeronave haya sido víctima de error, avería, incidente técnico o condiciones

meteorológicas desfavorables, la parte en cuyo territorio se encuentre debería sopesar la posibilidad de que la aeronave prosiguiese su vuelo. En caso de que la aeronave fuera autorizada a partir, a sus ocupantes les serían de aplicación las reglas expuestas con ocasión del estudio del apartado 3.

Por su parte el uso a que debe destinarse la aeronave apresada es también objeto de regulación en el apartado 4 del artículo 30 y así, para el caso de que la aeronave apresada haya estado destinada a servir de aeronave sanitaria permanente, es decir, que haya estado destinada exclusivamente a fines sanitarios por un periodo indeterminado, solo podrá ser utilizada en lo sucesivo como aeronave sanitaria por la parte que la ha apresado. No habiendo límite a esta obligación debe entenderse extendida hasta el final del conflicto.

No se especifica el uso a que ha de destinarse una aeronave cuya inspección revele que no es una AS o a una AS temporal, es decir, que se dedica exclusivamente a fines sanitarios por periodos limitados. En ambas hipótesis parece que la aeronave podrá destinarse a fines que no sean sanitarios.

En cuanto a los ocupantes de una aeronave apresada, en referencia a los heridos, enfermos y náufragos, así como a la tripulación y personal sanitario, su tratamiento será el siguiente:

A) Si se trata de heridos, enfermos y náufragos pertenecientes a la parte adversa o a un Estado que no participa en el conflicto y que no tiene una representación diplomática normal ante la parte en

cuyo poder están, serán tratados conforme a las disposiciones de los Convenios y del Protocolo en cuanto a su condición de heridos y enfermos y se beneficiarán del CIV - en particular de la Sección II del Título III y, si son internados, de la Sección IV- y del Protocolo, en especial de la Sección III del Título IV.

B) Si se trata de heridos, enfermos y náufragos militares pertenecientes a la parte adversa serán prisioneros de guerra y quedarán cubiertos por el III Convenio.

C) La tripulación de la AS, se recuerda es considerada como personal sanitario en el sentido del PI. Si la inspección de la aeronave revela que la aeronave incumple los requisitos del apartado 3 del artículo 30, es decir, no es una AS, todo miembro real o supuesto del personal sanitario responsable del abuso perderá su estatuto de personal sanitario y, según su situación, será considerado prisionero de guerra o como simple civil protegido o no por el CIV, según su nacionalidad. Estará cubierto por el artículo 75 del PI -Garantías fundamentales- si no se beneficia de una mejor protección.

## CAPITULO 5

### LAS ACCIONES DE SOCORRO EN BENEFICIO DE LA POBLACIÓN CIVIL EN LA IV CONVENCION Y EN EL PROTOCOLO I Y EL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO Y AÉREO PARA CONSEGUIR SU OBJETO.

#### 1) PRINCIPIOS GENERALES.

Aunque los socorros suministrados a la población civil necesitada en un conflicto armado no supongan en sí mismos una categoría de transporte sanitario, sí es lo cierto que, cuando tales acciones de socorro suponen el envío de productos médicos -medicamentos, prótesis, instrumental clínico, etc- y ello es practicado a través de un determinado transporte por vía marítima y por vía aérea, de algún modo puede considerarse que se está ante un TSM y aéreo si bien las víctimas en este caso se hallan en territorio ocupado.

Tienen derecho a los socorros, en tiempo de conflicto armado:

- la población civil de un territorio ocupado (art. 33 del IV Convenio de Ginebra de 1949 y art. 63 del Protocolo I).

- la población civil de un territorio bajo el control de una Parte en conflicto, que no sea un territorio ocupado (art. 23 del IV Convenio de Ginebra de 1949 y art. 70 del Protocolo I).



La índole de las acciones de socorro es humanitaria e imparcial y han de realizarse sin distinción alguna de carácter desfavorable.

Los ofrecimientos de socorros no deben considerarse como una injerencia en el conflicto armado ni como un acto hostil. Pueden proceder de un Estado, de una Potencia protectora, de un organismo humanitario imparcial, como el Comité Internacional de la Cruz Roja, o de sociedades de socorro.

Cada Parte en conflicto y cada Parte en los Convenios y en el Protocolo debe otorgar el libre paso, rápido y sin obstáculos, de los convoyes de socorros y, si es necesario, facilitarlo y garantizar su protección.

El libre paso puede ser sometido a verificaciones o al control de la naturaleza de los envíos sin, por ello, comprometer su rápida distribución. El libre paso puede también, y bajo la misma reserva, ser sometido a reglamentaciones técnicas relativas, por ejemplo, al itinerario, la fecha, el horario, el señalamiento, etc. Por último, cuando los socorros son para la población civil de un territorio ocupado o de una Parte en conflicto, el libre paso puede estar subordinado al control sobre el terreno de la distribución por la Potencia protectora.

Todas las Partes en los Convenios y en el Protocolo deben actuar de manera que se permita el tránsito y el transporte gratuito de los envíos de socorros.

En caso de necesidad, la ayuda proporcionada en una acción de socorro puede incluir a personal de socorro, especialmente para el transporte y la distribución de los

envíos de socorros. La participación de este personal está sometida a la aceptación de la Parte en cuyo territorio despliega sus actividades. Este personal debe ser asistido, respetado, protegido y ha de facilitarse su paso rápido y sin obstáculos. No se pueden limitar sus actividades ni restringir sus desplazamientos, excepto en caso de imperiosa necesidad militar. Este personal no debe sobrepasar los límites de su misión y ha de tener en cuenta las exigencias de seguridad de la Parte en cuyo territorio ejerce sus funciones.<sup>906</sup>

Por otra parte, se debe señalar que el C IV trata en sus artículos 21, de los transportes terrestre y marítimo, y 22, del transporte aéreo, en los cuales se establece la protección de los mismos para el traslado de heridos y enfermos civiles, así como de inválidos y parturientas.

Estos transportes se identifican con el emblema de la cruz roja, media luna roja o león y sol rojos, previsto en el artículo 38 del CI. Por tanto, este tipo de transporte se corresponde con el de la categoría de transporte sanitario, que se rige en el CII, artículos 22, 24, 25, 27 (BH y BS) y 39 (AS), así como los artículos 8.g (BH y BS), 8.j (AS) y 22 del Protocolo I adicional de 1977.

## **2. NECESIDADES FUNDAMENTALES OBJETO DE SOCORRO.-**

El artículo 68 del PI se incluye en la Sección II del Título IV, Sección dedicada a los socorros a favor de la población civil, determinando el ámbito de aplicación de tales socorros y enunciando que las disposiciones de la

---

<sup>906</sup> Jean de Preux, Revista Internacional de la Cruz Roja, n° 77, pp 278-287, octubre de 1986

citada Sección completan los artículos 23,55,59,60,61 y 62 y demás disposiciones pertinentes del CIV.

Por su parte, el artículo 69 del PI, bajo el título "Necesidades esenciales en territorios ocupados" indica los productos que se entiende de obligada provisión para la población civil, siendo estos: los víveres, los productos médicos, la ropa de vestir y de cama, los alojamientos de urgencia y otros suministros que sean esenciales para la supervivencia de la población civil en territorio ocupado.

Este artículo en su apartado primero completa el artículo 55 del CIV en el que se establece, para la potencia ocupante, la obligación de abastecer a la población civil del territorio ocupado en víveres y productos médicos.

Por otra parte el artículo no hace una relación exhaustiva de productos y lejos de determinar un numerus clausus extiende la responsabilidad de la Potencia ocupante a la provisión de otros suministros esenciales para la supervivencia de la población civil. El hecho de que un bien sea o no esencial dependerá de las condiciones locales. Así, el combustible puede ser imprescindible en una región de temperaturas muy bajas.

En definitiva, si el territorio ocupado no dispone del ~~abastecimiento~~ necesario, la potencia ocupante debe conseguirlo mediante los mecanismos pertinentes. Se entiende que esta cuestión es de obligado cumplimiento, puesto que tiene el deber de garantizar el abastecimiento en víveres y productos médicos, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 55.1 del CIV, que se extiende en virtud del artículo 69 del Protocolo a todos los citados suministros.

### **3. ACCIONES DE SOCORRO**

El artículo 70 del Protocolo, por su parte, regula las acciones de socorro a desplegar para el supuesto en que la población civil de cualquier territorio que, sin ser territorio ocupado, se halle bajo control de una parte en conflicto, esté insuficientemente dotada de los suministros mencionados en el artículo 69. En este sentido el citado artículo en su primer apartado establece:

"Cuando la población civil de cualquier territorio que, sin ser territorio ocupado, se halle bajo el control de una parte en conflicto esté insuficientemente dotada de los suministros mencionados en el artículo 69, se llevarán a cabo, con sujeción al acuerdo de las partes interesadas, acciones de socorro que tengan carácter humanitario e imparcial y sean realizadas sin ninguna distinción de carácter desfavorable. El ofrecimiento de tales socorros no será considerado como injerencia en el conflicto ni como acto hostil. En la distribución de los envíos de socorro se dará prioridad a aquellas personas que, como los niños, las mujeres encintas, las parturientas y las madres lactantes, gozan de trato privilegiado o de especial protección de acuerdo con el CIV o con el presente Protocolo".

Resulta especialmente destacable de este apartado, el innegable desarrollo del derecho internacional humanitario en relación con lo dispuesto en el artículo 23 del CIV, por cuanto amplía el círculo de los beneficiarios de la acción de socorro a toda la población civil afectada, por lo que atañe a todos los bienes esenciales definidos en el

Protocolo como queda visto de manera también más amplia que en el Convenio. El artículo 23 solo permite que se distribuya medicamentos, material sanitario y los objetos necesarios para el culto. En cuanto a los víveres indispensables, la ropa y los tónicos medicinales, su distribución está reservada exclusivamente para los niños menores de 15 años y para las mujeres embarazadas o parturientas. De esta manera se suprime estas restricciones respecto a los beneficiarios, debiendo por tanto considerarse el artículo 23 del CIV modificado en este punto para las Partes en el Protocolo, por lo menos en sus relaciones recíprocas.

Por su parte el apartado 2 del artículo 70 se dedica al paso de los socorros, cuestión ésta directamente relacionada con la regulación, tratamiento y protección de los transportes con objetivo sanitario. Dice este apartado:

"Las partes en conflicto y las Altas Partes contratantes permitirán y facilitarán el paso rápido y sin trabas de todos los envíos, materiales y personal de socorro suministrados de acuerdo con lo dispuesto en esta sección, incluso en el caso de que tal asistencia esté destinada a la población civil de la parte adversa"<sup>907</sup>.

En base a este apartado, las partes en conflicto y las Altas Partes contratantes están obligadas a facilitar el paso de los socorros por su territorio.

---

<sup>907</sup> Hernández Pradas, Sonia. El niño en los Conflictos Armados, marco jurídico para su protección internacional. Año 2001. Pág. 285. Esta autora cita para esta cuestión a Tchanile, T., señalando que "...la obstaculización deliberada de la ayuda humanitaria debe ponerse en relación con los artículos 54 del Protocolo I y 14 del Protocolo II, que prohíbe hacer padecer hambre a las personas civiles como métodos de guerra".

Cabe señalar que el medio de traslado para realizar dichos socorros corresponderá a los que establecen los Convenios de 1949 y sus Protocolos, es decir, terrestres, por agua o vía aérea. Entre estos dos últimos habrá que remitirse a lo estipulado en el artículo 38 del C II, en referencia a los barcos fletados para transportar material sanitario, y el artículo 36 del CI y 39 del CII par las AS. Las partes no tienen competencia para rehusar el paso de los transportes de estos socorros, al contrario, están obligados a autorizar y facilitar su paso. No obstante, esta autorización no significa que se dé su consentimiento sin más, pues debe de tratarse de envíos, materiales y personal de socorro esenciales para la supervivencia de la población civil, enviados por motivos estrictamente humanitarios. Por otra parte, no cabría la retención de esos socorros mediante un bloqueo, como así se asevera por el CICR<sup>908</sup>.

También tiene su lógica que las partes que tienen la obligación de facilitar el paso de los socorros exijan las pertinentes condiciones técnicas, incluida la investigación, para que se realice dicho paso.

Otra opción posible es que, par el paso de los citados socorros, se remita su control a una potencia protectora. Este ~~elemento de~~ control resulta de capital importancia, sobre todo cuando el surtido de socorros autorizados se ha ampliado con respecto a lo establecido en el CIV.

Por otra parte y aunque el Convenio solo menciona explícitamente a las potencias protectoras, éstas no son

---

<sup>908</sup> "Comentario del Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales" Comité Internacional de la Cruz Roja, 1986 (parágrafos 2824-2828)

las únicas a las que puede encomendarse el control de la distribución de los envíos, pues se podrá igualmente recurrir a otro Estado neutral o a cualquier organismo humanitario imparcial.

Cabe señalar que las condiciones que puede imponer la parte que autoriza el tránsito de los socorros son menos restrictivas en este artículo 70 del Protocolo que lo son en el artículo 23 del CIV, cuyo apartado segundo se ha omitido.

El artículo 70 del Protocolo modifica, por tanto, el artículo 23 del CIV, debiendo considerarse el segundo apartado de este artículo transcrito, no vigente en los conflictos armados en los que se aplica el PI.

Tal reforma introducida por el Protocolo resulta adecuada, dado que las partes concernidas pueden supeditar su autorización para que pasen los socorros por su territorio a la condición de que una potencia protectora o un sustituto supervise su distribución. Si la citada potencia protectora se manifiesta en contra de asumir el cometido, no se cumpliría la condición prevista en el apartado 3, letra b) del artículo 70 y, por lo tanto, la parte concernida podría rehusar la autorización del tránsito.

En general, se constata ~~que~~ los Estados que participaron en la Conferencia Diplomática no tenía una postura en contra del acceso de los socorros, aunque se exigiesen unas medidas de garantía para comprobar su veraz cumplimiento<sup>909</sup>.

---

<sup>909</sup> Abril Stoffels, Ruth. La asistencia humanitaria en los Conflictos Armados: configuración jurídica, principios rectores y mecanismos de garantía. 2001. Página 115.

#### **4. PROTECCIÓN DEL PERSONAL QUE PARTICIPA EN ACCIONES DE SOCORRO**

La regulación del personal que actúa en las acciones de socorro se afronta en el artículo 71 del PI que dice:

"1.- Cuando sea necesario, podrá formar parte de la asistencia prestada en cualquier acción de socorro personal de socorro, en especial para el transporte y distribución de los envíos; la participación de tal personal quedará sometida a la aprobación de la parte en cuyo territorio haya de prestar su servicios.

2.- Dicho personal será respetado y protegido

3.- La parte que reciba los envíos de socorro asistirá, en toda la medida de lo posible, al personal de socorro a que se refiere el párrafo 1 en el desempeño de su misión. Las actividades del personal de socorro solo podrán ser limitadas y sus movimientos temporalmente restringidos, en caso de imperiosa necesidad militar.

4.- El personal de socorro no podrá, en ninguna circunstancia, exceder los límites de su misión de acuerdo con lo dispuesto en este Protocolo. Tendrá en cuenta, en especial, las exigencias de seguridad de la parte en cuyo territorio presta sus servicios. Podrá darse por terminada la misión de todo miembro del personal de socorro que no respete estas condiciones".

Este artículo regula por vez primera la situación del personal que va a prestar alguna actividad en el transporte y distribución relacionada con las acciones de socorro. Los Convenios de Ginebra de 1949 no disponen ningún precepto sobre esta cuestión.



Este personal participará en las acciones destinadas a territorios ocupados como las destinadas a territorios controlados por partes en conflicto.

Por su parte la obligación de respetar y proteger al personal de socorro contenida en el apartado 2 del artículo 71, se aplica a todas las partes en conflicto, que deben, en particular, informar e instruir a sus fuerzas armadas sobre la prohibición de atacar a dicho personal.

Este personal tiene una desventaja con respecto a otras personas que participan en una acción de socorro internacional de la Cruz Roja, no podrán ir provistos del emblema protector de la cruz roja durante su actividad al paso de una zona de peligro.

Hay dos posibilidades de actuación en caso de realizar acciones de socorro en zonas que pudieran ser de contacto, es decir, cuyo control se lo disputan las partes en conflicto. La primera, la acción puede beneficiarse del signo distintivo de la cruz roja, cuando la acción se realiza bajo la responsabilidad del CICR. La segunda, el convoy no se beneficia del signo protector.

En cuanto al caso de que el personal que participa en acciones de socorro cayese en poder de la parte adversa, debería ser protegido y respetado. Como todo civil de un Estado que no sea parte en conflicto, se entiende que no debe ser retenido, sino que se le debe facilitar el regreso a su país.

El artículo 71 que crea un estatuto para el personal que participa en las acciones de socorro establece los límites de los derechos y las obligaciones que implican.

Tampoco podría reprocharse al personal sanitario que participe en tales acciones la ocasional asistencia médica prestada a combatientes heridos que encontrase casualmente, con independencia de la parte a la que pertenezcan y aunque esa asistencia no constituya parte de su misión, toda vez que la actividad médica goza de una genérica protección.

Entre las obligaciones del personal de socorro, se encuentra la de la discreción, no pudiendo divulgar aquellas informaciones de contenido militar. La transmisión de dicha información traspasaría los límites de su misión, siendo causa para que abandone en el plazo más breve el territorio de la parte beneficiaria.



## **CAPÍTULO 6**

### **LA IDENTIFICACIÓN DE LOS TRANSPORTES SANITARIOS MARÍTIMOS Y AÉREOS COMO MEDIO DE PROTECCIÓN EN LOS CONFLICTOS ARMADOS**

#### **1. INTRODUCCIÓN. -**

En este capítulo, se realizará un estudio sobre los diferentes medios de identificación de los transportes sanitarios marítimos y aéreos en los conflictos armados, a través de un recorrido cronológico desde la época en la que se aprobase el primer medio de identificación, es decir el del signo distintivo de la cruz roja.

El siguiente epígrafe 1, será un introductorio del nacimiento del signo distintivo de la cruz roja en 1864, primer y único medio de protección que el transporte sanitario marítimo, primero y aéreo después, iba a disponer, durante aproximadamente un siglo, de acuerdo con la III y X Convención de La Haya de 1899 Y 1907, así como la Convención de Ginebra de 1929.

El epígrafe 2, contendrá el proceso de los diferentes estudios, reuniones de expertos, Conferencias Internacionales de diversas Organizaciones, de Cruz Roja, Diplomáticas como la de 1974/1977, donde se aprobarían los Protocolos Adicionales a la Convención de Ginebra de 1949, que incluiría un Reglamento de Identificación Anexo al Protocolo I, normas aunque no obligatorias, pero si impulsadoras de nuevos medios de identificación acorde con el desarrollo de los conflictos armados.

Después, continuando el desarrollo evolutivo para la actualización de los citados medios, se llegará a la aprobación de las modificaciones del citado Reglamento en 1993. Posteriormente y tras un estudio detallado del mismo, se expondrán las diversas Conferencias como la de Cruz Roja de 1995, y de otros organismos internacionales como las Conferencias Mundiales de Radiotelecomunicación que han sido convocadas desde 1995, que tratarían de la identificación de los transportes sanitarios marítimos y aéreos, hasta finalizar con la Conferencia Diplomática de diciembre de 2005, donde tiene lugar el alumbramiento de un nuevo emblema adicional, el "Cristal Rojo", mediante la aprobación del III Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra de 1949.

## **2. EL SIGNO DISTINTIVO, ÚNICO MEDIO DE IDENTIFICACIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE LOS TRANSPORTES SANITARIOS Y AÉREOS HASTA LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 1949.-**

Las banderas y los signos pintados en los cascos o situado en las velas de las embarcaciones han sido uno de los medios de identificación más antiguos.

La bandera blanca se enarbolaba en la punta mesana del buque parlamentario, y tenía el significado de querer parlamentar y ponerse en contacto con el adversario. Los combatientes utilizan la bandera blanca para expresar su decisión de cese de combate<sup>910</sup>.

Era necesario instaurar un signo distintivo internacional que fuese el emblema visible de la neutralidad e inmunidad

---

<sup>910</sup> Philippe Eberlin. Signos Protectores. CICR. Año 1983. La regulación internacional relativa a los parlamentarios y a la bandera blanca se establece en el Capítulo III del Convenio de la Haya, de 18 de octubre de 1907, relativo a las leyes y costumbre de la guerra terrestre.

para proteger entre otros, a los transportes sanitarios, y así lo entendieron los propulsores de la cruz roja y media luna roja y del Convenio de 1864.

Por ello la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864, para mejorar la suerte de los militares heridos en campaña, establecía en su artículo 7 como sistema de protección para los transportes terrestres, el emblema distintivo de la cruz roja. Este signo distintivo nació en principio como medio de identificación de para la protección de las ambulancias terrestres, aunque posteriormente su objeto sería también el transporte sanitario marítimo y aéreo.

Posteriormente le tocaría el turno al transporte sanitario marítimo, así la III Convención de la Haya de 1899, para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra de 1864, estableció en su artículo 5, la inmunidad de los barcos hospitales, sus lanchas y las pequeñas embarcaciones afectas al servicio hospitalario en los conflictos armados, siempre que llevasen el citado signo protector de la cruz roja.

La X Convención de 1907, de 18 de octubre, para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra, en su artículo 5 hacia copia idéntica a lo ya acordado en la citada III Convención.

Después, la Convención de Ginebra de 1929, 27 de julio, para mejora de la suerte de heridos y enfermos de los ejércitos en campaña, que regularía por primera vez el transporte sanitario aéreo, en su artículo 18, establecía como medio de identificación para las aeronaves sanitarias, el ya antes citado signo protector, aunque también se acordaba que podía utilizarse el signo distintivo de la media luna roja y el león y sol rojos.

Los métodos modernos de guerra habían modificado totalmente el panorama, siendo necesaria una indispensable mejora de la visibilidad del signo distintivo, así como de la utilización de otros medios de señalamiento suficientes para que garantizaran una identificación eficaz de los transportes sanitarios.

Durante la II Guerra Mundial se emplearon nuevas técnicas de detección, de identificación y de radiocomunicación, como la luz infrarroja, respondedores radar y acústica submarina, las cuales fueron propuestas y discutidas en la XVII CFICR de Estocolmo en 1948.

La Conferencia Diplomática de 1949, no aprobó ninguna disposición relativa a la señalización. En consecuencia, el único medio de identificación que se mantuvo fue el del signo visual (cruz roja sobre el fondo blanco). No obstante el artículo 43 de la Convención invitaba a las partes a conseguir acuerdos con vistas a facilitar la identificación.

Este artículo desarrolla y actualiza hasta la fecha de hoy el artículo 5 de la Convención de 1907, que a su vez no era más que una versión ampliada de las correspondientes disposiciones de las Convenciones de 1899 y de 1868, aunque los párrafos sexto y octavo eran completamente nuevos.

La Conferencia diplomática de 1949 decidió retirar las bandas del tipo que fuesen, para que la cruz roja fuese más claramente visible. El texto especificaba que "todas" las superficies exteriores debían ser blancas, y esto se aplicaba también a las partes visibles de la cubierta.

Por otra parte, se establecía que una o más cruces de color rojo oscuro, tan grandes como fuese posible, tenían que ser pintadas en cada uno de los costados del casco y en las

superficies horizontales. También debían enarbolar una bandera blanca con una cruz roja.

### **3. LOS MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN EN EL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO Y AÉREO DESPUÉS DE LA CONVENCIÓN DE GINEBRA DE 1949, Y LA EVOLUCIÓN DE LA TECNOLÓGICA PARA LA CONSECUCIÓN DE UNA EFICAZ PROTECCIÓN.-**

Después de la Conferencia Diplomática de 1949, al año siguiente en 1950, se elaboraron proyectos de procedimiento de radio, revisados por expertos del CICR, que fueron presentados a la Conferencia Administrativa de Radiocomunicaciones, celebrada en Ginebra en el año 1959, la cual examinó el citado proyecto de Reglamento acerca de las resoluciones 6 y 7 de la Conferencia Diplomática de 1949. Varios Estados adoptaron unilateralmente este proyecto de reglas para las radiocomunicaciones de los barcos hospitales, considerado como aceptable por la Conferencia de la UIT, sin ser incorporado en el Reglamento de Radiocomunicaciones<sup>911</sup>.

El Convenio Internacional de 1960, para la salvaguarda de la vida humana en el mar, aprobado por la Asamblea de la OCMI, estando en vigor desde el 26 de mayo de 1965, establecía los procedimientos internacionales de identificación.

En caso de conflicto armado, este Convenio autoriza a una parte contratante a suspender la aplicación de la totalidad o de una cualquiera de las Reglas adjuntas a dicho Convenio.

---

<sup>911</sup> Ph. Eberlin. Modernización del señalamiento protector. RICR año 1979. Págs. 59-85.



La IV Asamblea de la Organización Consultiva Marítima Intergubernamental (OCMI) aprobó, en 1965, el Código Internacional de Señales, el cual sería válido tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra, y podían utilizarlo aparte de los barcos hospitales, las aeronaves y estaciones de radiocomunicaciones costeras.

El General piloto y jefe de los servicios de la Sanidad del Ejército del Aire Belga<sup>912</sup> E. Evard, presentó en 1965 un interesante estudio titulado "la protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra"<sup>913</sup>, en el que planteaba varias cuestiones de gran interés, entre las que se destacaba su posicionamiento a favor de entre otros medios de identificación, el sistema electrónico de flashes, emitidos por medio de un aparato colocado a bordo de la aeronave, y el empleo de un sistema radar de identificación del tipo IFF reservado a las misiones sanitarias, con una frecuencia propia, universalmente admitida, funcionando ambos de una manera simultánea.

Después de este estudio, el CICR propuso a la Comisión Médico-Jurídica de Mónaco que siguiera trabajando en base al mismo. Dicha Comisión elaboró en 1966 unas de especificaciones técnicas para los medios complementarios de identificación de aeronaves sanitarias.

---

<sup>912</sup> Documento del CICR, "Commentaire de L'Annexe I telle qu'amendée en 1993", (Anexo al Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los Conflictos Armados (Protocolo I)). Extracto del artículo 98 del Protocolo I, revisión del Anexo I (Philippe Eberlin). Anexo I enmendado en 1993 al Protocolo I, Reglamento relativo a la identificación (Ph. Eberlin, 1986) (Dominique Loye, actualizado en el 2002). Página 32, epígrafe 53.

<sup>913</sup> E. Evard. La protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra. RICC. 1966.

En 1969 tiene lugar la XXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Estambul, la cual impulsa el estudio de los medios de identificación de los transportes sanitarios protegidos, y promueve diferentes medios complementarios para el transporte sanitario por vía aérea.

A esta Conferencia se remitió por el CICR el texto elaborado por la antes referida Comisión Médico-Jurídica de Mónaco. En dicho documento se observa un avance importante en cuanto a la identificación, pues se considera por la citada Comisión, que los desarrollos técnicos llevados a cabo en el dominio de las transmisiones y telecomunicaciones, permitían ya en ese momento, dotar a las aeronaves sanitarias de medios de identificación y señalización susceptibles de reforzar el efecto de salvaguardia de los signos tradicionales de protección.

También se impulsaba a que las aeronaves sanitarias deberían, aparte de ostentar el signo distintivo de la cruz roja, media luna roja o león y sol rojo, estar provistas, según su utilización, de un sistema permanente de señalización óptica luminosa o de identificación instantánea eléctrica y radio-eléctrica o eventualmente de ambas.

El otro texto presentado a la Conferencia, fue el elaborado en 1966 por la Comisión Médico Jurídica de Mónaco, que contenían unas especificaciones de los medios complementarios de identificación de aeronaves en misión sanitaria, referidas a las Señales Luminosas, Radar Secundario y la Radio.

El CICR convoca en Ginebra una reunión de expertos técnicos en octubre de 1970<sup>914</sup>, con el objeto de obtener una

---

<sup>914</sup> Comentario del Protocolo I, del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, relativo a la protección

información más precisa sobre las posibilidades de utilización de medios complementarios de identificación. Estos expertos, tras los estudios debates y conclusiones realizados, recomendaron el uso de la radio, de las radiocomunicaciones, del radar secundario o de otros medios técnicos.

En 1971<sup>915</sup> el CICR promueve una Conferencia de Expertos Gubernativos, a la que se presentan los trabajos de los expertos antes citados. La Conferencia concluye que no está preparada para establecer normas en el ámbito del transporte sanitario marítimo y aéreo, proponiendo una nueva Conferencia de Expertos Gubernamentales que reúna a expertos técnicos a fin de que estudie la adopción de técnicas modernas de identificación, localización y señalamiento.

A la vista de lo anterior, el CICR preparó una memoria que comprendía un cuestionario y un comentario relativo a la señalización y la identificación sanitaria, que sometió en enero de 1972 a los gobiernos y diversas organizaciones como la UIT, OMI y la Comisión electrotécnica internacional (CEI), la cual presentó dos estudios referidos a la identificación por radar<sup>916</sup> y señales luminosas específicas.

Por otra parte para verificar el alcance visual del signo protector de la cruz roja y de la media luna roja, se realizaron unas pruebas en Bière (Suiza) en 1972. Las

---

de las víctimas en los conflictos armados internacionales. CICR. Edición primera en español de 2001.

<sup>915</sup> Archivo del CICR en Ginebra, Informe del CICR de 2-12-1985, de la Reunión de Expertos técnicos navales gubernamentales (informaciones relativas a la organización práctica de la reunión- señalamiento e identificación de los barcos hospitales y de los barcos protegidos por el II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949-reseña histórica).

<sup>916</sup> Equipamiento en los aviones para la emisión de ecos de identificación. El estudio de Kart Emanuelson proponía un sistema automático, respondedor radar aire-tierra y aire-aire, que no interferiría con la vigilancia antiaérea por radar.

mismas demostraron el alcance visual reducido del signo distintivo y su desaparición con luz infrarroja. También de la utilidad de los materiales retrorreflectantes para el marcaje del signo distintivo, y la necesidad de que éste sea visible en los aparatos de observación a la luz infrarroja<sup>917</sup>. En el mar y desde una distancia de dos millas marinas, una cruz roja de tres metros de altura, sobre fondo blanco, pintada sobre un casco de una embarcación, apenas era visible.

En 1973 se organiza una reunión promovida por el CICR, donde asisten varios especialistas que representaban a trece Estados marítimos, para examinar temas referentes a la señalización de los transportes sanitarios marítimos, aéreos y terrestres, así como las incidencias eventuales de la aplicación de las nuevas técnicas de señalización y de identificación sobre algunas disposiciones del CII. Dada la escasez del tiempo para profundizar en detalle sobre los temas citados, se sugirió que los Estados podrían delegar en varios expertos, lo cual no retrasaría los resultados de los estudios y propuestas necesarios para la preparación de los Protocolos Adicionales a la Convención de Ginebra de 1949.

El examen de la subcomisión técnica, constituida por la Conferencia de Expertos Gubernamentales y encargada de los medios complementarios de identificación y Señalización, propuso que las Partes en conflicto debían adoptar, aparte del signo distintivo, técnicas modernas de identificación. No obstante, tras otras posturas con diferente opinión, basadas en una posible discriminación con aquellos países en vías de desarrollo para poder adquirirlas, se atenuó la redacción de la citada propuesta, quedando en que las

---

<sup>917</sup> Eberlin Ph. Modernización del Señalamiento Protector. RICR. 1979. Página 70.

Partes "se esforzarán en adoptar", es decir se promueve los citados medios, pero no se obligan.

La Conferencia de Plenipotenciarios de la UIT, celebrada en Málaga-Torremolinos (España) en 1973, aprobaría la Recomendación n°2, basada en impulsar a través de las Conferencias Mundiales de la Radiocomunicación marítimas o aeronáuticas, el estudio de los aspectos técnicos de la utilización de las Radiocomunicaciones, para el señalamiento y la identificación de los barcos y aeronaves sanitarios protegidos por los Convenios de Ginebra de 1949.

La Conferencia Diplomática de 1974-1977, aprobó dos Protocolos Adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949, encuadrándose en el Protocolo I un Anexo, referido al Reglamento relativo a la Identificación, así como un artículo amplio referido a la identificación de los medios de transporte sanitarios.

Referente al Reglamento, a éste le acompañan tres Resoluciones, dirigidas a las Organizaciones Internacionales competentes para tratar los problemas técnicos planteados, es decir la UIT, la OMI y la OACI.

La Resolución XVII, instaba a la OACI, a que se dispusiera de un modo y de un código de radar secundario, para las aeronaves sanitarias exclusivamente, en caso de conflicto armado. Era la última tecnología que en ese momento utilizaban los buques de guerra.

La Resolución XVIII, estaba dirigida a la OMI a fin de remediar las deficiencias existentes hasta ese momento del sistema de identificación de los medios de transportes sanitarios en conflictos armados. Se instaba a esta organización, para incluir en el Código de Señales la luz

azul con destellos, prevista en el artículo 6 del Reglamento anexo al Protocolo I, y a que se reconozca en ese Código el signo distintivo.

Esta organización, reaccionó muy favorablemente, pues incorporó en el Código de Señales, un nuevo capítulo (XIV) titulado "Identificación de los transportes sanitarios en los conflictos armados e identificación permanente de los barcos de salvamento", entrando en vigor el 1 de enero de 1986<sup>918</sup>.

La Resolución XIX, plantearía un estudio a la UIT, que llevaría acabo el Comité Consultivo Internacional de Radiocomunicaciones, el cual serviría de base para la Conferencia Mundial de Radiocomunicación que tendría lugar en 1979.

Los medios de identificación que se acuerdan en los Protocolos Adicionales de 1977 (Reglamento relativo a la identificación, del Anexo I, Protocolo I), para mejorar la protección de los medios de transporte sanitario, tanto por agua y por vía aérea, corresponden al signo distintivo, señales distintivas y las Comunicaciones.

Después de la Conferencia Diplomática de 1974/1977, se celebra en 1979 la Conferencia Administrativa Mundial de Radiocomunicaciones, la CAMR-79, organizada por la UIT.

En esta Conferencia Administrativa, se lleva a efecto lo dispuesto en la Resolución XVIII de la Conferencia Diplomática de 1974/1977, pues se aprueba en el Reglamento de Telecomunicaciones, que el artículo 40, trate de las Transmisiones de urgencias y de seguridad, y de los transportes sanitarios, en el que se incluía una nueva

---

<sup>918</sup> Archivo de Documentación del CICR, actividad investigadora 2001-2004. Documento sobre las Resoluciones CFICR XXVI documento elaborado por CICR, referente a la Comisión I, y sobre la Identificación de los Medios de Transporte Sanitarios de 3-7 diciembre de 1995.

sección II, que se iba a titular Transportes Sanitarios<sup>919</sup>, asignándose una transmisión completa de señales de urgencia<sup>920</sup> y una frecuencia internacional de socorro<sup>921</sup>.

En 1981 tiene lugar la XXIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Manila, la cual se va a caracterizar entre otras cuestiones, por la consecución en la perfección de los sistemas de identificación de los transportes sanitarios marítimos y aéreos. Se aprueba una Resolución, la VIII, referida a la identificación de los medios de transporte sanitarios, con el objeto de mejorar la seguridad y la rapidez de las operaciones sanitarias de evacuación en caso de conflicto Bélico. Por otra parte, se insta a que los Gobiernos intervengan ante las organizaciones internacionales competentes con la finalidad de que los barcos y las aeronaves de los Estados neutrales dispongan de adecuados medios de identificación.

En el año 1982 surgiría un conflicto armado, el de las Islas Falkland-Malvinas, donde se aplicaría por primera vez el II Convenio de Ginebra de 1949, y se obtendrían unas importantes conclusiones respecto de los medios de identificación de los transportes sanitarios por agua y por vía aérea.

---

<sup>919</sup> Ph. Eberlin. La identificación de las aeronaves sanitarias en período de conflicto armado. RICR. Julio -Agosto 1982. Pág. 228.

<sup>920</sup> En radiotelegrafía, la transmisión del grupo XXX, repetido tres veces, con intervalos adecuados entre las letras de cada grupo y entre los grupos sucesivos, transmitiéndose antes de la llamada. En radiofonía, la señal de urgencia correspondería en la transmisión del grupo de palabras PAN PAN, repetido tres veces, y también se transmitirá antes de la llamada. En ambos casos, después de las citadas señales de urgencia, se añadiría la adición del grupo único YYY en radiotelegrafía, y de la acción de la palabra única ME-DI-CAL en radiotelefonía

<sup>921</sup> Se podrá utilizar como frecuencia la 500 Khz., 2 182, 156,8 Mhz, o cualquier otra que pudiera utilizarse en caso de peligro. También podrá, según las ocasiones, utilizarse una frecuencia de trabajo cuando se trate de un servicio móvil marítimo.

En primer lugar, los barcos hospitales prestaron sus servicios enteramente pintados de blanco y con una cruz roja, de acuerdo con lo establecido en la II Convención de Ginebra de 12 de agosto de 1949. No obstante, se demostró que dicha señalización no era suficiente.

En segundo lugar, también se experimentaron otros medios técnicos, como luces azules y los procedimientos de radio y radar ad hoc, aunque se mostraba la necesidad de encontrar nuevos procedimientos de señalización.

En conclusión este conflicto demostró que era necesario llenar las lagunas jurídicas y tecnológicas existentes al respecto.

La XIV Conferencia Internacional de Salvamento de Marítimo "ILC" de Goteborg (Suecia) de 1983, trató sobre los problemas técnicos asociados con la identificación y las comunicaciones de los barcos de salvamento. Se buscaba una solución en base al empleo de la radio y del radar<sup>922</sup>.

Esta Conferencia promueve una reunión de un Grupo especial de trabajo, que es convocada en abril de 1984, en la que se insta, entre otras cuestiones, a que los barcos de salvamento gocen de la misma protección que los transportes sanitarios.

En 1986 tiene lugar en Ginebra una Reunión de Expertos Navales Gubernamentales, con objeto de examinar varios temas relacionados con los métodos de identificación y señalamiento de los medios de transporte sanitario protegidos por el II Convenio de Ginebra de 1949<sup>923</sup>. Entre

---

<sup>922</sup> XV Conferencia Internacional de Salvamento de Náufragos. ILC. La Coruña 1-6 junio de 1987. Editado por Cruz Roja Española.

<sup>923</sup> Archivo del CICR de Ginebra. Informe del CICR de 2-12-1985, de la Reunión de Expertos técnicos navales gubernamentales en Ginebra del 13 al 17 de enero de 1986 (temas que se examinarán y soluciones propuestas relativos a los métodos de identificación y de señalamiento de los medios de transporte protegidos por el II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949)



estos temas se encuentran la utilización de dichos medios, es decir la Radio, el radar y la acústica submarina. También se recomienda la utilización de las radiocomunicaciones, de acuerdo con el Reglamento de la UIT, y del capítulo XIV del Código Internacional de Señales, así como por lo previsto por la OACI.

Se propone para los barcos hospitales y de salvamento, que estén iluminados e instalada una luz centelleante delante del mástil. Para las aeronaves, que deben de volar con luces encendidas, incluidas las de aterrizaje y si es posible con la luz centelleante, que debe tener unas características para su identificación.

Se aceptan las propuestas de la XIV "ILC" de 1983, sobre identificación, señalamiento y notificación de los barcos costeros de salvamento, para su equiparación con los Barcos hospitales.

Por vez primera se iba a tratar el tema de los medios de defensa de los barcos hospitales y los de salvamento, referido a los medios de protección que permitan evitar ataques involuntarios contra algún tipo de arma, como un misil desviado de su trayectoria, cuestión que no estaba recogida en el II Convenio.

Otros temas que se proponía incluir, se referían a sistemas especialmente técnicos, como la Identificación del signo distintivo rojo sobre fondo blanco por infrarrojos. Esta propuesta facilitaba enormemente la identificación, pues una capa de pintura negra debajo de la pintura roja, para mantener el contraste oscuro-claro, demostraba la eficacia en la observación electro óptica activa y en la fotografía por infrarrojos.

Se acordó que las propuesta de este Grupo de Expertos Técnicos Navales Gubernamentales, fuesen remitidas a la siguiente XXV CFICR.

La XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja, celebrada en Ginebra en 1986, reconocía la necesidad de continuar los esfuerzos para asegurar que los medios de identificación y señalización de los transportes fuesen conformes a los avances técnicos.

El CICR envió una propuesta en relación con la Sección II del Artículo 40, sobre los "Transportes Sanitarios", de la Reglamentación Radio de la ITU, para incorporar entre otras cuestiones, lo establecido en el N° 3210, para que fuese de aplicación para los barcos de salvamento amparados por el Convenio de Ginebra, con la adición del grupo único ZZZ en comunicaciones radiotelegráficas, y de la expresión RESCUE CRAFT, pronunciada en inglés, en comunicaciones radiotelefónicas. También la señal emitida por los transponders radar de los barcos debían ser el grupo YYY para los barcos hospitales y el ZZZ para los barcos de salvamento citados en el N° 3210 A.

La CFICR de 1986, le encomendó al CICR la elaboración mediante consultas con expertos navales gubernamentales, de un Manual técnico para facilitar la aplicación práctica del II Convenio de Ginebra de 1949.

La OMI aplicó la resolución XVIII que le destinó la Conferencia Diplomática de Ginebra de 1974-1977, referente al uso de señales visuales de identificación de los medios de transporte sanitarios protegidos por los Convenios de Ginebra, entrando en vigor el 1 de enero de 1986<sup>924</sup>.

El CICR, a partir de 1986, llevó a cabo labores sobre el procedimiento de revisión del Anexo I del Protocolo I, así

---

<sup>924</sup> Archivo de documentación del CICR de Ginebra. Actividad de investigación 2001-2004. La XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja de 1995. Identificación de los medios de transporte sanitarios.

como la relación con las diversas organizaciones internacionales y realización de proyectos específicos para mejorar el señalamiento de los medios de transporte protegidos por los Convenios de Ginebra.

En cuanto a las pruebas realizadas a instancia del CICR, se recuerda la de identificación acústica submarina, llevadas a efecto en alta mar, quedando ampliamente demostrada la eficacia de los dispositivos, así como la de algunos medios modernos de identificación visual, particularmente los distintos tipos de luces azules para utilización aeronáutica o marítima. Estos, a pesar de su elevado coste, tuvieron unos resultados muy satisfactorios. También lo fueron favorables cuando se utilizaron materiales que posibilitasen la visibilidad del signo distintivo al emplear dispositivos de observación o de mira mediante rayos infrarrojos térmicos<sup>925</sup>.

La Conferencia Mundial de Radiocomunicación de 1987 (CAMR-87), acordó incorporar íntegramente en el nuevo Reglamento de Radiocomunicaciones, las disposiciones del anterior, sobre los sistemas de radio, que contribuían a la protección de los medios de transporte sanitarios. Por lo tanto se incluyeron en el nuevo Reglamento, en el artículo N40 ubicado en la Sección III, las disposiciones referidas a los Transportes sanitarios.

La Oficina de Radiocomunicaciones, redactó y aprobó dos recomendaciones, la n°493, correspondiente a un sistema de llamada selectiva numérica para utilización en el servicio móvil marítimo. La n°825, sobre características técnicas de un sistema respondedor de los sistemas, y de identificación de buque a buque, en las que se prevé la utilización, de un

---

<sup>925</sup> Archivo de documentación del CICR de Ginebra. XXVI CFICR, 3-5 de diciembre de 1995. Identificación de los medios de transporte sanitarios. Documento elaborado por el CICIR. Junio 1995

código específico y exclusivo para los transportes sanitarios protegidos.

La XV Conferencia Internacional de Salvamento de Marítimo "ILC" de La Coruña (España) de 1987, urgió a los respectivos Gobiernos Nacionales para que apoyasen las enmiendas al artículo 40 Sección II "Transportes Médicos" del Reglamento Radio de la UIT, para que se tuviera en cuenta la identificación de barcos hospitales y embarcaciones de salvamento, cuando esta cuestión fuese planteada en la World Administrative Radio Conference for Mobile Services (MWARC-87), que iba a tener lugar en Ginebra en septiembre de 1987.

El 15 de diciembre de 1987, la Comisión de Tráfico Aéreo de la OACI, aprobó las disposiciones relativas a la utilización de luces azules con destello para mejorar la protección y la identificación de las aeronaves sanitarias.

En agosto de 1990 se convoca una Reunión de Expertos en Ginebra, los cuales presentaron varias propuestas que entraron en vigor el 1 de marzo de 1994, para todas las Partes en el Protocolo, exceptuadas las que presentaron reservas de no aceptación.

Cabe recordar que hasta culminar con la entrada en vigor del Anexo I del Reglamento enmendado en 1993, ha habido un proceso, caracterizado a pesar de su larga travesía, por ser denso y dinámico desde la entrada en vigor del anterior en 1978.

Hasta esta reunión de 1990, conviene repasar los hechos previos que han venido sucediéndose, para que fuese realidad la actualización en 1994, del Reglamento relativo a la Identificación Anexo al Protocolo I de 1977.

Se inicia este recorrido con la Reunión en 1982, de

Expertos Técnicos. Tras este paso existen circunstancias que hacen demorar el proceso hasta 1988, aunque no en cuanto a la diversidad de reuniones de expertos y grupos de trabajo (1986 y 1984), Conferencias Internacionales de Cruz Roja (1981 y 1986), otras Conferencias Internacionales (CAMR- 1987, ILC 1983 Y 1987), y diversas actividades (Pruebas de visibilidad de 1989, y la OACI que aplica en 1986 la Resolución XVIII, y aprueba la utilización de luces azules en 1987).

En 1989 los Estados están conformes con la revisión del Anexo, y en agosto de 1990 se convoca la citada de Reunión de Expertos, que realizan las correspondientes propuestas. Después el Gobierno Suizo se hace depositario de las mismas, remitiéndolas a las Altas Partes contratantes y a las Partes en las Convenciones. Tras un año de plazo para las oportunas comunicaciones, en cuanto a la adaptación de las enmiendas, si no se presentaba declaración de no aceptación, entró en vigor en el plazo de tres meses.

Se recuerda que el Anexo I del artículo 98, relativo a las normas de identificación, tiene como objeto la facilitación de la identificación, del material, de las unidades, de los medios de transporte y de las instalaciones protegidas en virtud de los Convenios de Ginebra y del Protocolo. Por otra parte, las normas de este Anexo, no suponen el derecho a la protección, ya que ese derecho se rige por los Convenios de 1949 y el Protocolo de 1977.

Este Anexo aprovecha la evolución de la tecnología, para conseguir una mayor seguridad para la protección de los medios de transporte sanitario, especialmente por agua y por vía aérea.

El Anexo I, tal como quedó enmendado en 1993, del Protocolo I, titulado "Reglamento relativo a las identificaciones" contiene, como antes se indicaba, reglas técnicas relativas

a la señalización y a la identificación de los medios de transporte sanitarios, las cuales a continuación se van a detallar:

A) El Signo Distintivo (artículo 4 y 5), constituido por una cruz roja, media luna roja o sol y león rojos, sobre fondo blanco. Podrá ser de materiales que lo hagan reconocibles por medios de detección técnicos, los cuales permiten aumentar las posibilidades naturales del ojo, en especial de la visión nocturna, con los aparatos de observación a la luz infrarroja (IR) y los anteojos con intensificación de luz.

Se debe señalar con respecto a este tipo de identificación, que las fuerzas armadas pueden incluir en su equipo cámaras de imaginaria térmica que permiten reconocer y detectar a personas y a objetos, durante la noche y también durante el día, cuando las condiciones de visibilidad son mínimas. No obstante las referidas cámaras no captan las diferencias de colores, sino las diferencias de temperaturas, por ello es necesaria la utilización de cintas adhesivas especiales, que tengan un elevado coeficiente térmico de reflexión, pues permite que el signo distintivo sea visible para las cámaras IR<sup>926</sup>.

En cuanto a la utilización de las cintas térmicas para el emblema de la cruz roja o media luna roja, la misma queda encuadrada en el artículo 5 de antes citado.

Es lógico que a mayor avance de los medios de las fuerzas armadas, se deben procurar también más medios de identificación suplementarios que puedan garantizar en todo lo posible la identificación de los transportes sanitarios en los conflictos armados.

---

<sup>926</sup> Loye Dominique. Visibilidad del signo distintivo en el infrarrojo térmico. RICR n° 140. Marzo 1997. Páginas 209-213.

Otro tipo de material que puede incluirse para hacer efectivo la identificación del signo distintivo es el de los retrorreflectantes, los cuales pueden mejorar la eficacia de los signos en ciertos casos.

B) Señales Distintivas (artículos 6, 7, 8 y 9), entre las que se comprenden la señal luminosa (luz azul centelleante<sup>927</sup>), la señal de radio (consistente en una señal de urgencia y en una señal distintiva regulada por el Reglamento de Radiocomunicaciones<sup>928</sup>), y la identificación por medios electrónicos<sup>929</sup>.

La utilización facultativa de estas señales distintivas queda establecida en el párrafo 5 del artículo 18 (identificación) del Protocolo I. En base al mismo, las partes en conflicto pueden autorizar el uso de las señales y, por tanto libres en utilizarlas.

---

<sup>927</sup> Para que sea visible la luz azul en todas direcciones, según Ph. Eberlin, en su artículo de la modernización del señalamiento protector, RICR, de 1979, era necesario equipar la aeronave sanitaria con dos luces, como las correspondientes a las de anticollisión, una sobre el fuselaje y otra debajo.

<sup>928</sup> Para que se protejan los transportes sanitarios, se debe emitir mensajes a intervalos apropiados en las frecuencias de radio conocidas (Ph. Eberlin, artículo citado)

<sup>929</sup> El reglamento en su artículo 9.1, promueve la utilización del sistema de Radar Secundario de Vigilancia SSR (Secondary Surveillance Radar), el cual es como un respondedor, que cuando es detectado, emite una señal que es recogida en tierra, que de acuerdo con el código prescrito por la OACI, será reconocida como una aeronave sanitaria, conociéndose a su vez su situación e itinerario.

También es posible, que para identificar a los transportes sanitarios marítimos por los submarinos, pueda realizarse mediante señales acústicas submarinas apropiadas, esto es a través de ondas sonoras por el agua, las cuales se propagan a una velocidad de 1.500 metros por segundo (Ph. Eberlin. La identificación acústica submarina de los barcos hospitales. RICR. Nov-Dic. 1988). Teóricamente, cada barco posee una signature acústica exclusiva, lo que puede constituir un medio de identificación pasiva. No obstante, podrían existir ciertos problemas cuando los barcos hospitales no lo fueran de origen, o se fletase un buque para el transporte sanitario, pues se tendría una signature que impediría su protección, salvo que previamente se hubiera registrado la nueva signature, cuestión a veces, poco predecible en un inminente conflicto armado.

En cuanto a la luz azul, cabe señalar respecto a la reserva a su uso, que la misma se añadió en el párrafo 3 del artículo 6, en la Reunión de expertos técnicos de 1990 para evitar ambigüedades en la interpretación. Por otra parte esta Reunión incluyó el término de "embarcaciones", para el uso de las luces azules citadas.

El artículo 7, fue modificado en la Reunión referida para tomar en consideración las disposiciones introducidas en los reglamentos pertinentes de la OACI y de la OMI, referidos a la luz azul.

En cuanto a la señal de radio, ya anteriormente se ha hecho referencia a que la Conferencia Administrativa Mundial de Radiocomunicación de 1979, adoptó la Resolución 19, dirigida por la Conferencia Diplomática de UIT. También se señalará más adelante el marco reglamentario donde se instaurará la protección de los transportes sanitarios por agua y por vía aérea en los conflictos armados a partir de la modificación del Anexo.

Sobre el radar como medio de identificación por medios electrónicos, hay que hacer especial referencia al sistema de radar secundario, por ser más oneroso e interesante por su emisión de ecos de identificación. El artículo 9 exigía códigos exclusivos reservados a las aeronaves sanitarias, cuestión compleja de realizar en el sistema SSR debido al número restringido de códigos disponibles. Al final se excluyó la exigencia de códigos de radar exclusivos, así como también se suprimió, en el título, la mención al radar secundario por medios electrónicos y las siglas militares IFF/SIF<sup>930</sup>.

---

<sup>930</sup> Documento del CICR, "Commentaire de L'Annexe I telle qu'amendée en 1993", (Anexo al Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los Conflictos Armados (Protocolo I)). Extracto del artículo 98 del



En relación a las señales acústicas submarinas para la identificación de los transportes sanitarios por los submarinos, que se trata en el párrafo 3 del artículo 9, se puede señalar que la firma acústica de un barco sanitario era el único medio limitado de identificación acústica submarina hasta los años 70. Durante la citada Reunión de expertos técnicos de 1990, la OMI informó de que se iban a utilizar otros métodos de identificación como consecuencia de la introducción del SMDSM. Por otra parte, solo unos de los expertos de la Reunión tuvo una objeción, la cual se basó en que los medios de identificación deberían ser lo más breve posible, a fin de evitar una sobrecarga en el espectro submarino.

C) Las Comunicaciones (artículo 10, 11, 12, 13 y 14), encuadradas en el capítulo IV del Anexo fue enmendado, estableciéndose las necesidades en materia de comunicaciones, para la puesta en marcha de las disposiciones correspondientes a la notificación de los vuelos de las aeronaves sanitarias. Dichas comunicaciones se pueden utilizar mediante las señales de urgencia y distintiva antes referidas, en aplicación de los procedimientos que se pongan en práctica de acuerdo con los artículos 22, 23 y 25 a 31 de Protocolo I. También se autoriza los sistemas de comunicación por satélite, de acuerdo con el Reglamento de Radiocomunicaciones de la UIT.

---

Protocolo I, revisión del Anexo I (Philippe Eberlin). Anexo I enmendado en 1993 al Protocolo I, Reglamento relativo a la identificación (Ph. Eberlin, 1986) (Dominique Loye, actualizado en el 2002). Epígrafe 344.

Por otra parte se establece en los artículos 11 y 12 del Reglamento relativos a la Identificación, el uso de códigos internacionales<sup>931</sup> y de otros medios de comunicación<sup>932</sup>.

Algunas de sus disposiciones están vinculadas a las resoluciones 17, 18 y 19 adoptadas en 1977, por la Conferencia diplomática, en su cuarta sesión.

Por último cabe señalar que respecto a la vigencia del Anexo I, el artículo 98 establece el plazo de intervalos de cuatro años para proceder a nuevas revisiones, para ello el CICR consultará a las Altas Partes contratantes con respecto al Anexo I del Protocolo I, y si lo juzga necesario, podrá proponer una reunión de expertos técnicos con vistas a revisarlo de nuevo y proponer las enmiendas que parezcan adecuadas.

En 1995, se convoca la XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja, en la que se promueve la redacción del Comentario de la versión modificada en 1993 del Anexo I del Protocolo I, así como la publicación de una nueva edición del *"Manuel pour l'utilisation des moyens techniques de signalisation et d'identification"*, donde figurasen las modificaciones del Anexo I vigentes desde el 1 de marzo de 1994.

En 1995, se celebró en Ginebra la Conferencia Mundial de Radiocomunicaciones (CMR-95), la cual examinó una propuesta de versión simplificada del Reglamento de Radiocomunicación de la UIT. Dicha Conferencia, así como la convocada en el 2000, transfirieron los artículos 40 y N40 del capítulo

---

<sup>931</sup> Podrán usarse para los medios de transporte sanitario los códigos y señales establecidos por la UIT, la OACI, y la OMI.

<sup>932</sup> El Reglamento permite hacer uso de una comunicación bilateral urgente para los medios de transporte sanitario. Existen códigos internacionales para las radiocomunicaciones, así como códigos de señales marítimas y aeronáuticas.

IX del Reglamento de Radiocomunicaciones, conservando su antiguo estatuto, y por completo al nuevo Apéndice 13 con otras disposiciones relativas únicamente al sistema de comunicaciones socorro y de seguridad no "SMDSM" - Sistema Mundial de Emergencias y Seguridad en el Mar-.

El Apéndice 13 contiene una Sección II dedicada a los Transportes Sanitarios, en la cual los define de acuerdo con las Convenciones de Ginebra de 1949 y los Protocolos adicionales, e indica la transmisión de señales de urgencia y frecuencias que pueden ser utilizadas con el fin de anunciar y de identificar los transportes sanitarios que están protegidos.

La utilización de las radiocomunicaciones para anunciar e identificar los transportes sanitarios es facultativa, no obstante, si se llegan a emplear, será de aplicación lo establecido en las disposiciones del Apéndice.

Respecto al artículo N40, éste continuaría en vigor desde la citada Conferencia Mundial de Radiotelecomunicación de 2000 (CMR-2000).

En el SMDSM la utilización facultativa de las radiocomunicaciones para anunciar e identificar los transportes sanitarios es mencionada en el n° 33.30 del artículo 33<sup>933</sup>, del Capítulo VII del Reglamento de radiocomunicaciones.

En 1994 se aprueba el Manual de San Remo que fue elaborado durante seis años (1988-1994). Este documento no es obligatorio ni vinculante en sí mismo para los Estados. No obstante, es de interés que se observen la mayoría de sus normas, ya que recogen parte del Derecho Consuetudinario o

---

<sup>933</sup> El artículo 33 contiene la Sección III, específicamente para los Transportes Sanitarios.

actualizan principios del Derecho Internacional Humanitario universalmente aceptados<sup>934</sup>.

El Manual trata de los Medios de Identificación de los transportes sanitarios por agua y por vía aérea. En los artículos 169 a 173, se insta a que los buques hospitales y embarcaciones costeras de salvamento usen los medios de identificación establecidos en el Anexo I del Protocolo I de 1977. Por otra parte interesa que se provean de medidas de defensa para su mayor protección<sup>935</sup>.

También impulsa al uso de equipos criptográficos, siempre con autorización, y que en ningún caso sirvan para transmitir información de la que se obtenga alguna ventaja militar.

Por último, se debe reseñar la Conferencia Diplomática del 5 y 6 de Diciembre del 2005, en Ginebra, pues la misma acordó la adopción y firma de un tercer Protocolo Adicional de los Convenios de Ginebra, aprobándose un emblema adicional a los emblemas de la cruz roja y media luna roja. Dicho emblema corresponde al propuesto "cristal rojo", que se configura como un marco rojo cuadrado sobre fondo blanco, colocado sobre uno de sus vértices.

A partir de la citada fecha, compete al Movimiento de la Cruz Roja y Media Luna Roja impulsar el procedimiento para adecuar la nueva situación. Por ello en la próxima CFICR, posiblemente en 2006<sup>936</sup>, se pedirá que se adecuen los

---

<sup>934</sup> José Luis Rodríguez-Villasante. General Consejero Togado. El Manual de San Remo sobre el derecho de la guerra marítima. Revista General de la Marina. Octubre 1996.

<sup>935</sup> Los párrafos 170 y 171 del Manual de San Remo, disponen que dichos buques puedan incorporar para su defensa medios deflexivos como cintas antirradar y señuelos infrarrojos. Esto constituye una novedad, por cuanto hasta la fecha no se había establecido nada al efecto en los Convenios de 1949, ni en los Protocolos.

<sup>936</sup> CICR. Emblema adicional del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. RICR.8-12-2005 (Comunicado de Prensa 05/73)

Estatutos del Movimiento a las disposiciones del Protocolo Adicional, para que pueda utilizarse el emblema en el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja.

Por otra parte habrá que considerar que al poderse emplear el nuevo emblema del Cristal Rojo, de acuerdo con lo establecido en el III Protocolo Adicional, los preceptos que regulan el signo distintivo en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos Adicionales de 1977, conllevarán la inclusión de facto del citado emblema del Cristal Rojo junto al signo de la cruz roja, media luna roja, y el sol y león rojos, pudiendo utilizarse como signo protector en todos los transportes sanitarios en los conflictos armados.

## **CONCLUSIONES**

### **I**

Si apenas hace más de un siglo y medio que empiezan aflorar los tratados y textos de Derecho Internacional Humanitario, no es menos cierto que la humanidad en tiempos anteriores ha propiciado modos y formas para la regulación de las hostilidades, a pesar de no existir reglamentación alguna, tan solo la voluntad de respetar el espíritu de humanidad y solidaridad, voluntad que sirvió para que los barcos hospitales, fueran ya respetados en algunas de las confrontaciones bélicas. No han faltado antecedentes en la historia del Derecho internacional, en los que se han encontrado, especialmente desde el siglo XVI, tratados concluidos con el objeto de aliviar la suerte de los heridos, siendo por tanto parte relevante en el Derecho Consuetudinario.

Los Conflictos Armados afectan a muchas personas, por ello el Derecho Humanitario va a ser el garante de la supervivencia de individuos, heridos, enfermos, náufragos, combatientes y civiles, incluso de poblaciones o de civilizaciones enteras, siendo necesaria la existencia de sus normas para que salvaguarden la idea de humanidad en la guerra, para poner límites a la violencia y paliar sus consecuencias.

Uno de los pilares, como medio para la protección de las víctimas en los Conflictos Armados, será el de los transportes sanitarios, especialmente en el ámbito marítimo y aéreo, materia que ha sido objeto de este estudio. El mismo ha pretendido demostrar la enorme importancia de los transportes sanitarios en sus variadas misiones (búsqueda, rescate, evacuación, atención, traslado, hospital flotante, etc..) y en su objetivo de protección y respeto a los

heridos, enfermos y náufragos, siendo uno de los instrumentos fundamentales de apoyo del DIH, pudiéndose incluso afirmar que dichos transportes se han constituido como verdaderos conductores del espíritu y como símbolo de los Derechos Humanos, sirviendo los transportes sanitarios marítimos y aéreos como pieza clave de unión entre ambos Derechos, alzándose como un principio elemental de humanidad.

## II

El Convenio de Ginebra de 1864, primera apuesta para promover la humanización en los Conflictos Armados, fue a su vez el primer instrumento para regular el derecho de los transportes sanitarios, aunque solo respecto a los de vía terrestre. No obstante, se propiciarían de inmediato iniciativas para la reglamentación en el ámbito marítimo, que tuvieron su efecto al aprobarse en octubre de 1868 los Artículos Adicionales a la citada Convención, con el objeto de asegurar la protección de heridos, enfermos y náufragos en el mar. Esta norma no pudo entrar en vigor debiendo esperar hasta la Primera Conferencia de la Paz de La Haya de 1899, para que se proclamasen las primeras reglas vigentes, referidas especialmente a los transportes sanitarios marítimos, al establecerse la protección de los buques hospitales. Posteriormente, y con motivo de la Segunda Conferencia de la Paz de La Haya de 1907, se volverían a regular normas sobre el transporte sanitario en el mar, adaptando a la guerra marítima los principios de la Convención de Ginebra de 1906, que nuevamente trató de los transportes sanitarios por tierra.

Sería precisamente la regulación del transporte sanitario marítimo la que constituiría el punto de conexión entre los derechos de Ginebra (protección de las víctimas en los Conflictos Armados) y de La Haya (limitación de los medios y de los métodos de combate), quedando constancia de ello

en los Convenios III y X de La Haya de 1899 y 1907 respectivamente, conformando parte del denominado *ius in bellum*, y sirviendo de salvaguarda para la vida y el respeto de aquellas personas que estuvieran fuera de combate durante un Conflicto Armado en el mar.

Los Convenios de La Haya de 1899 y 1907 han sido los primeros instrumentos en los que se apoya el inicio de la regulación del transporte sanitario por agua, constituyendo el embrión de los principios de protección en este ámbito.

En cuanto al Transporte Sanitario Aéreo habría que esperar para el alumbramiento de su primera norma a la Convención de Ginebra de 1929, donde se regularía mediante un solo artículo (artículo 18). No obstante, hubo previamente varias iniciativas más ambiciosas, como el proyecto preparado por el CICR con motivo de la solicitud planteada por el gobierno francés en la XI CFICR de 1923 para presentar en la XII CFICR de 1925, sobre "Convención adicional a la Convención de Ginebra de 1906 y a la de La Haya de 1907 para la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra", y otro sobre la "Convención adicional a la Convención de Ginebra de 1929 y al de La Haya de 1907 para la adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra".

El citado artículo 18 de la Convención de Ginebra de 1929, constituiría el primer instrumento reglado, donde se apoyaría el inicio de la regulación del transporte sanitario por vía aérea.

### III

Para llegar al alumbramiento de las primeras regulaciones del derecho de los transportes sanitarios de 1899, 1907 (ámbito marítimo) y 1929 (ámbito aéreo), confluyeron una serie de circunstancias de especial relevancia que promovieron tal resultado.



Antes de la Convención de Ginebra de 1864, no existía reglamentación alguna sobre el derecho en la guerra (*ius in bellum*), por tanto no había ninguna norma que regulase la actividad de los transportes sanitarios en los conflictos armados. No obstante, a partir del siglo XVI, se conocen prácticas en el ámbito terrestre de respeto a los heridos, otorgándoles cuidados, propiciándose entre las partes modos y formas que regulaban las hostilidades, comportando con frecuencia disposiciones de orden humanitario. Estos progresos fueron significativamente lentos en el orden marítimo. Sin embargo, a finales del siglo XVIII, ya algunos carteles y capitulaciones, establecían disposiciones relativas a la guerra naval, como la repatriación de náufragos, o el respeto a los cirujanos y médicos de a bordo.

Por otra parte, sobre las actividades de las embarcaciones sanitarias, existen precedentes durante el Imperio Romano, ya que poseían un cierto servicio sanitario y empleo de naves que, a retaguardia de los navíos de guerra, recogían heridos y enfermos, constituyendo el primer esbozo de los barcos hospitales. Posteriormente se observa que durante el Imperio de Carlos I, y de acuerdo a lo establecido en las ordenanzas del Reino de Aragón, la "galera" iba provista en los combates de un servicio sanitario bajo el control y responsabilidad de un médico o cirujano.

Ello demuestra que en esa época ya estaba establecida una estructura sanitaria de personal y de organización, pero faltaba la de un barco hospital construido al efecto.

Fue en la batalla de Lepanto cuando surgió, por primera vez, la idea de una galera hospital, siendo la experiencia adquirida en tal batalla la referencia para la organización hospitalaria, años más tarde, de *La Invencible*, cuya derrota provocó desgraciadamente la supresión de la gran nave hospital y su sustitución por la implantación de

pequeñas instalaciones hospitalarias a bordo de distintas embarcaciones, en previsión de un eventual naufragio que hiciera perder todos los efectivos sanitarios.

#### **IV**

Es interesante resaltar la preocupación existente por la salud a bordo en barcos que iban a realizar confrontaciones navales, y la doble actividad de los profesionales de la medicina durante el combate.

En España, en 1703, se establecieron unas medidas para mejorar la calidad de la atención sanitaria recibida a bordo de los barcos, creándose el Cuerpo de Cirujanos de la Armada, y realizando estudios sobre la atención más efectiva a los heridos en combate, embarcando un número de cirujanos proporcional al número de cañones y capacidad de la confrontación bélica.

En 1848 el cuerpo de cirujanos, pasa a denominarse cuerpo de Sanidad de la Armada, perdurando hasta la actualidad, y cabe señalar una cuestión significativa con respecto a los médicos militares, ya que tenían actividades, además de sanitarias, militares, participando activamente en el combate. Este extremo será crucial para la posterior regulación de la asistencia al combate y sobre él operará un profundo cambio a fin de obtener la correspondiente inmunidad, piedra angular del respeto al barco hospital y a la aeronave sanitaria.

#### **V**

Antes de llegar a la aprobación de la Convención de Ginebra de 1864, eslabón previo a la regulación de la protección de las víctimas en los conflictos armados en el mar, se desencadenaron confrontaciones bélicas en las que los transportes sanitarios por agua tuvieron su protagonismo, como en la guerra de África, -en el contencioso hispano marroquí de 1859 y 1860, -durante el que se realizaron

evacuaciones a través de barcos hospitales que pertenecían a la armada; en la guerra de Crimea de 1855-1858, -donde los barcos de transporte de hielo se transformaron en barcos hospitales-, y en la guerra civil de Estados Unidos donde se construyó en 1861 un barco especial (Red River), utilizado para el río Mississippi.

De lo expuesto se deduce que antes de que en 1864 se aprobasen normas de DIH, existía una infraestructura y organización sanitarias en muchos de los ejércitos, concebidas y preparadas para la guerra naval, y así, mientras se adoptaban diferentes acuerdos para aliviar la suerte de los heridos en el combate naval, y aunque no había una norma convencional, se establecieron entre las partes beligerantes actuaciones dirigidas a humanizar las acciones de guerra, siendo los barcos hospitales una parte integrante del derecho consuetudinario. No obstante, era necesario que se aprobase esa norma convencional, para reglamentar adecuadamente la inmunidad de los transportes sanitarios por agua, así como de su personal sanitario, religioso, de su tripulación, y de aquellos que hicieran posible el funcionamiento de dichos medios durante su tarea humanitaria, y ello a fin de obtener unos resultados más efectivos en la protección de los heridos, enfermos y náufragos, como víctimas en los conflictos armados en el mar.

## VI

En 1864 llegó la ansiada norma Convencional. La Conferencia Diplomática de este año, dio validez a la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1863 sobre la creación de sociedades de socorro con un cuerpo de voluntarios para los militares heridos. La Convención de Ginebra de 1864 es la primera que estableció disposiciones sobre el transporte sanitario, aunque solo referidas a las ambulancias terrestres, siendo, no obstante, punto de partida para la

regulación del transporte sanitario por agua y por vía aérea en los conflictos armados.

Desde 1864 hasta el año 1899, en el que se aprobó la III Convención de La Haya sobre la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864, se sucedieron una serie de circunstancias que sirvieron de base para lograr este resultado.

Entre estas circunstancias se incluyen, como verdaderos instrumentos para la obtención del citado objetivo, las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja de París en 1867, Berlín en 1869, Carlsruhe en 1887, y Roma en 1892, así como la Conferencia Diplomática de Ginebra de 1868. Por otra parte, también diversos conflictos armados acaecidos entre 1864 y 1899, como la guerra franco-prusiana de 1866, ruso-turca de 1877, chino-japonesa de 1894 y la guerra hispano-norteamericana de 1898 (Cuba y Filipinas), pusieron de manifiesto la acuciante necesidad de una regulación que paliara en lo posible los sufrimientos de las víctimas en la guerra marítima. Ejemplo de ello fue la batalla naval de Lissa de julio de 1866, en la que se enfrentaron las flotas italianas y austriacas, durante la guerra austro-prusiana, y cuyo elevado índice de víctimas ahogadas por falta de auxilio, y el impacto que ello ocasionó, resultó ser el detonante que dio origen a todo el derecho convencional del mar, y por ende el de la regulación del transporte sanitario marítimo.

También hay que sumar como circunstancias que influyeron en la consecución de dicha regulación, las voces que se levantaron en su favor, de las que da prueba el Congreso de Madrid de 1864, en el que se propuso un estudio de revisión de la Convención de Ginebra de 1864, a fin de que ésta se aplicase a la guerra marítima, en beneficio de innumerables víctimas, cuestión que también fue considerada por la

Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española en febrero de 1866.

Si el propio Convenio de Ginebra de 1864, ya presentó un proyecto, mediante un artículo, para aplicar lo establecido en el mismo a las guerras marítimas, aunque sin éxito, al no considerarse todavía oportuno su aprobación, tal vez porque no se conocía en ese momento lo que iba a deparar la guerra naval, tuvo que ser la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de París de 1867, la que lanzase la llave de la apertura de salida del derecho del transporte sanitario por agua. En dicha Conferencia se presentó un estudio con un proyecto de un nuevo texto sin que se modificase el anterior de 1864, referente especialmente al transporte sanitario marítimo (reconocimiento a las ambulancias marítimas con destino al socorro de heridos en el mar, a su neutralidad y a su protección, así como a la protección de su personal).

Esta CFICR, que no tuvo pretensiones ambiciosas en su propuesta de regulación sobre este tipo transporte, supuso un importante salto para avanzar en el derecho del transporte sanitario marítimo, y así al año siguiente, en octubre de 1868, se convocó en Ginebra una segunda Conferencia Diplomática para disipar dudas sobre algunos de sus contenidos y tratar nuevos artículos relativos a la guerra marítima que serían aprobados, por otra parte ya incluidos en el proyecto de 1864.

## VII

Serían los artículos adicionales de 1868, que fueron aprobados casi sin discusión por la Conferencia Diplomática del mismo año, los que abrieron un nuevo ámbito al derecho de la guerra, introduciendo un elemento innovador nuevo como era el reconocimiento oficial de la existencia y de la necesidad de la intervención de las Sociedades de Socorro en los conflictos armados en el mar. Esta cuestión lejos de

ser en las siguientes Conferencias Internacionales de la Cruz Roja un punto de conexión se convirtió en objeto de confrontaciones y disputas entre sus miembros.

Por otra parte es importante reseñar que, por primera vez, se recoge de forma esencial la neutralidad de las ambulancias marítimas y de los barcos hospitales, y se diferencian tres tipos de barcos sanitarios para el transporte de heridos, enfermos y náufragos: barcos hospitales militares, de uno u otro de los beligerantes; barcos de comercio que hallándose en el escenario del conflicto se encargarán de los heridos, enfermos y náufragos; y barcos hospitales, equipados a expensas de las Sociedades de Socorro.

Con la aprobación de los Artículos Adicionales, se consagra el éxito de la Conferencia Diplomática de 1868, a pesar de no contar en su contenido con cuestiones de vital importancia para una mayor efectividad y eficacia en su actividad humanitaria, como, entre otras el hecho de no obtenerse la exención de captura, o que no fuesen identificadas comprensivamente las personas que deberían gozar del estatus de protección en los transportes sanitarios marítimos.

Estos artículos adicionales, aunque no llegaron a entrar en vigor, ya que no fueron ratificados por ninguno de los signatarios, tuvieron un efecto fundamental, puesto que fueron aplicados en algunos casos, demostrando la necesidad de su existencia, y sirviendo de plataforma para la que será en 1899 la primera norma que si entrará en vigor y regulará la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 1864, y por ende el derecho de los transportes sanitarios por agua.

La Conferencia Diplomática a pesar de la existencia de posturas dispares, se conformará como uno de los instrumentos más sólidos en que se fundamentó el inicio de

la regulación de los citados transportes.

### VIII

Comienza la Conferencia Diplomática de 1868 dejó en el aire temas pendientes de resolver, como entre otros el servicio sanitario que deberían prestar los barcos hospitales pertenecientes a las sociedades de socorro, todos ellos objeto de tensos debates y estudios durante los siguientes años en el seno de los que serían también instrumentos fundamentales para el nacimiento del transporte sanitario marítimo, esto es, las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja de Berlín en 1869, Carlsruhe en 1887 y Roma en 1982.

La II Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín de 1869, despertó una gran expectativa sobre la guerra en el mar, promoviendo e impulsando las negociaciones de las Sociedades de Socorro para alcanzar acuerdos con Sociedades de Salvamento de Náufragos a fin de que pusieran a su disposición sus embarcaciones con sus tripulaciones.

La IV Conferencia Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja de Carlsruhe en 1887, retomó la pretensión de adaptar los principios del Convenio de Ginebra de 1864 a las fuerzas navales, promoviendo el reconocimiento de la actividad marítima de las Sociedades de la Cruz Roja en los conflictos armados, y acordó nuevamente un estudio para reglamentar las acciones de salvamento marítimo en los conflictos armados.

El hecho de haberla precedido una confrontación bélica como la guerra ruso-turca de 1877 con un resultado trágico en el ámbito de la guerra naval, acentuó la necesidad de la existencia de una norma convencional, adecuada a la protección de las víctimas en la guerra marítima, y ejemplo de ello fue el papel de los artículos adicionales de 1868, que aún no habiendo sido ratificados, fueron objeto de aplicación en la misma.

En la V Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Roma, en 1892, se dio a conocer mediante el informe realizado por el Sr. D'Espine, la opinión de las diferentes sociedades de socorros sobre la actividad de las mismas en los conflictos armados en el mar. Destaca el acuerdo alcanzado entre la Lloyd austriaca, el Comité de socorro de las mujeres de la Cruz Roja para Trieste y la Istria, y el Ministerio de Marina austriaco, para la transformación de un gran paquebote del Lloyd en una ambulancia marítima. Dicho acuerdo resultó de gran importancia internacional, siendo precedente de otros, alcanzados entre las sociedades de salvamento y las autoridades marítimas de diversos países a fin de que las embarcaciones de salvamento participaran en los conflictos armados. Por otra parte, se establecieron diferencias entre estos barcos de salvamento y los barcos hospitales, en base a sus formas de actuar, que aunque complementadas, eran distintas, teniendo unos objetivos diferentes, pero que iban a conllevar el inicio de su regulación y posterior desarrollo hasta la actualidad.

## IX

El mar era un teatro de hostilidades que necesitaba de reglas de protección para sus víctimas, no siendo suficiente la buena voluntad de las partes para adecuarse a instrumentos que no tenían una naturaleza legal vinculante, como la de los Artículos Adicionales de 1868.

Los acontecimientos bélicos con confrontaciones navales, como la guerra cantonal en España de 1873, donde surcó por vez primera en aguas de Cartagena una ambulancia marítima, la guerra ruso-turca de 1877, donde no faltó ocasión para aplicar los Artículos Adicionales de 1868, la guerra china-japonesa de 1884, donde batallas como Yalú y Uei-hai-uei, dejaron innumerable heridos y muertos, y el conflicto bélico de 1898, de Cuba y Filipinas entre España y Estados Unidos, donde participaron barcos hospitales de ambas



nacionalidades, aplicando también las normas no vigentes de 1868, demostraron la necesidad de aprobar normas humanitarias que se pudieran aplicar legalmente en el ámbito de la guerra marítima.

En 1899 se aprueba la III Convención de La Haya para la adaptación a la guerra marítima de los principios de la Convención de Ginebra de 1864, que entraría en vigor en 1900, alumbrándose el primer instrumento del Derecho del Transporte Sanitario por Agua.

Con esta Convención se inicia la aplicación de una serie de cuestiones que iban a tener una gran repercusión, en general, para el DIH en los conflictos armados en el mar, y en especial, para la regulación del transporte sanitario en dicho ámbito ya que se establece la neutralidad de los barcos hospitales militares a diferencia de la anterior norma no vigente de 1868. También se diferencian dos tipos de barcos hospitales, el militar y el equipado por particulares o sociedades debidamente reconocidas, incluidas las neutrales, en las que se incluyen expresamente las de Cruz Roja, y se da cobertura legal a la actividad de los barcos de salvamento en su actividad en los conflictos armados. Todas las embarcaciones sanitarias se iban a distinguir mediante una pintura específica en el casco y por portar la bandera de la Cruz Roja.

Con estas disposiciones, que serían ya de aplicación, se inicia una nueva era de afirmación del humanismo en las confrontaciones bélicas en el mar.

Otro nuevo conflicto, la guerra chino-japonesa de 1904-1905, especialmente mortíferas en el ámbito marítimo, sirvió de bautizo para el III Convenio de 1899 y como precedente para otra norma que nacería en 1907, en la Segunda Conferencia de la Paz de La Haya: El X Convenio de La Haya de 1907.

Este convenio incluyó una nueva versión del convenio del de

1899, en el que lo revisa y amplia, incorporando nuevas disposiciones que habían sido revisadas en el Convenio de Ginebra de 1906 y que también serían útiles en el mar, como la cuestión de poder portar armas en los barcos hospitales sin perder la protección de estos, siempre que dichas armas sirvieran para el mantenimiento del orden y para la defensa de los heridos.

No obstante, dejó un tema sin desarrollar como el de las embarcaciones de salvamento costero, limitándose prácticamente a lo establecido en el III Convenio de La Haya de 1899, desaprovechando una gran oportunidad para fortalecer la regulación de este transporte sanitario, y para darle la relevancia que merecía.

No obstante, la Conferencia de Oslo de 1917 y la Conferencia Internacional de Salvamento (ILC), desde su creación en 1924, serán los cimientos para promoción de iniciativas y de regulación de este tipo de transporte especializado en el salvamento de náufragos que también actuará en el ámbito de los conflictos armados.

Con todo ello, el Derecho Marítimo estaba a la altura del derecho de la guerra terrestre y por ende, el transporte sanitario marítimo equiparado al de tierra.

## X

Después del X Convenio de La Haya de 1907, no habrá ninguna regulación sobre el transporte sanitario marítimo en los conflictos armados hasta la Convención de Ginebra de 1949, quedando consolidados el III y X Convenios de 1899 y 1907, como los pilares sobre los que se iba a sustentar, durante medio siglo, el derecho de la regulación jurídica del citado transporte. El X Convenio de La Haya 1907, estará vigente durante la I y II Guerra Mundiales.

En la Gran Guerra de 1914-1918 la aplicación del X Convenio de 1907, se vio comprometida por la grave oposición de las potencias y por los sangrantes incidentes acaecidos, al

atacar y hundir varios barcos hospitales con la justificación de que servían para el transporte de tropas y de munición.

También durante la II Guerra Mundial fueron asimismo atacados y, a veces, hundidos cierto número de barcos hospitales, siendo la causa de la mayoría de estas tragedias, una falta de señalamiento suficientemente visible para las fuerzas aéreas, pues el X Convenio de 1907 solo establecía la colocación de cruces rojas en los costados y no sobre la cubierta de los barcos. Esta cuestión junto con la evolución de los métodos en la guerra marítima y de las condiciones en que la misma tiene lugar, sirvió para demostrar las insuficiencias de la normativa existente al efecto y la necesidad de una nueva convención marítima y en especial del derecho del transporte sanitario por agua, adecuada a la realidad de ese momento.

## **XI**

En cuanto al transporte sanitario aéreo hubo que esperar para su alumbramiento hasta la llegada de la Convención de Ginebra de 1929, donde se estableció la totalidad de su regulación en un único artículo (artículo 18), basado en la señal de identificación y en que el rumbo estuviese fuera de la zona de operaciones o territorio enemigos. No obstante, hasta esa aprobación, surgirán iniciativas más ambiciosas como las presentadas en las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja, X, XI, XII de Ginebra, en 1921, 1923 y 1925, respectivamente, y XIV CFICR de Bruselas de 1930, las cuales representarán los verdaderos cimientos del derecho del transporte sanitario por vía aérea en los conflictos armados.

Si el derecho del transporte sanitario aéreo no llega hasta 1929, el inicio de su actividad empezó muchos años antes. La "aviación sanitaria" comenzó a existir, teniendo su bautizo en los conflictos armados, cuando se utilizaron

unos globos aerostáticos en 1870, en el sitio de París, para la evacuación de heridos durante la guerra franco-prusiana. Con esta experiencia se demostraba la eficacia de este nuevo transporte que marcará el futuro que le esperaba, beneficiando a miles de víctimas en los conflictos armados.

## **XII**

Retomando a los pilares de la regulación jurídica del transporte sanitario aéreo, la X Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra, de 1921, fue realmente el primer eslabón de dicha regulación. Dicha Conferencia, tuvo como precedente a la II Guerra Mundial, durante la cual la evacuación aérea de heridos y enfermos fue utilizada de forma limitada y en la misma se propuso una revisión del Convenio de Ginebra de 1906, para incluir la protección de las aeronaves sanitarias destinadas al transporte de heridos durante las confrontaciones bélicas.

La XI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra, de 1923, antesala del origen del derecho de la aviación sanitaria, promovió que continuaran realizándose los estudios sobre la neutralización de los aviones sanitarios, dando luz verde a la presentación de un Proyecto de Convención autorizado a tal efecto.

La neutralidad del transporte sanitario aéreo no fue bien vista por algunos de los expertos que habían trabajado sobre ello, pues entendían que dadas sus características podrían facilitar información al sobrevolar las líneas enemigas. Los estamentos militares no querían exponerse a este tipo de riesgo, poniendo por debajo de la balanza el fin humanitario. A pesar de todo, el transporte sanitario aéreo presentaba interesantes y grandes ventajas que harían inevitable su desarrollo.

La XII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra, de 1925, podría haber sido el instrumento fundamental para dar el espaldarazo al derecho del transporte sanitario aéreo en los conflictos armados, aprobando un Proyecto sobre la Convención para la adaptación a la guerra aérea de los principios de la convención de Ginebra de 1906, estableciéndose entre otras disposiciones el respeto y protección, así como la exención de captura del personal y del material exclusivamente dedicado a la recogida, transporte y tratamiento de heridos por vía aérea. Sin embargo, una vez enviado este proyecto terminó por no ver la luz.

Al final se limitó a regular de manera sucinta el problema del transporte sanitario aéreo con un nuevo artículo 18, donde se sentarían los principios de las bases de la regulación de este transporte, constituyendo, con tan poco articulado el derecho regulador del mismo. Debe destacarse la supresión de la cláusula "SI OMNES", por la que la aplicación del tratado se condicionaba a que todos los beligerantes fueran parte del mismo.

Dicho artículo, estaría finalmente en vigor y sería aplicado durante la II Guerra Mundial.

### **XIII**

Por su parte, el Código de las Reglas Aéreas de 1922-1923, también trataba de inmunidad de la aviación sanitaria en los conflictos bélicos.

La Comisión Internacional que revisó las Reglas sobre la Guerra Aérea, proclamó, mediante el artículo 17, la aplicación a la guerra aérea de los principios afirmados en la Convención de Ginebra de 1906 y la X Convención de La Haya de 1907, para la adaptación de aquella a la guerra marítima, así como a las aeronaves sanitarias que detallaba como "Ambulancias Aéreas".

Aunque no han adquirido rango oficial, a pesar de que se propusiera que el referido proyecto de Reglas se incorporara como texto de un tratado para su aceptación, estas Reglas han tenido un indudable valor jurídico, pues desde ellas se proyecta el derecho de los transportes sanitarios aéreos en los conflictos armados, otorgándole un reconocimiento expreso y carácter internacional.

#### **XIV**

Después de la Convención de Ginebra de 1929, en la XIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Bruselas, en 1930, se presentó un proyecto de adaptación de la guerra aérea a los principios de la Convención de Ginebra, el cual fue aprobado. El mismo seguía las mismas disposiciones que las acordadas en el anterior que fue aprobado en la XII CFICR de 1925, con algunas modificaciones.

Con ello se quiere conseguir lo que no se obtuvo en la Convención de Ginebra de 1949, un verdadero y completo derecho del transporte sanitario aéreo.

La Conferencia Diplomática de 1940, en la que debía tratarse la aprobación del antes citado proyecto de aviación sanitaria en los conflictos armados, tuvo que retrasarse unos años hasta 1949, dada la llegada de la II Guerra Mundial.

Durante este conflicto internacional estaría en vigor la Convención de Ginebra de 1929, y por ende el artículo 18 regulador del derecho del transporte sanitario por vía aérea, siendo de aplicación durante la citada confrontación bélica.

Esta Guerra Mundial iba a demostrar la necesidad de una regulación expresa del transporte sanitario aéreo adecuada a las evoluciones tecnológicas, a fin de que fuera reconocido durante su actividad y que tras ser identificado no fuera atacado por desconocer su condición sanitaria.

La corta vida del transporte sanitario aéreo, en comparación con el marítimo, contrasta con la rapidez en la evolución técnica, asentándose como un medio imprescindible y eficaz, y con una gran variante de tipos de aparatos para operar en cualquier lugar, cuestión fundamental para la actividad sanitaria, que siempre requiere la máxima urgencia en la asistencia. No obstante todas estas circunstancias técnicas en su favor, unidas a los variados proyectos de regulación sobre este transporte, no culminaron con la obtención de una norma acorde y suficiente con el desarrollo de su actividad. Es cierto que la Convención de Ginebra de 1929, ha sido el instrumento legal donde se ha fundamentado la regulación del transporte sanitario aéreo, pero también que dicha Convención podría haber sido más ambiciosa en cuanto a disposiciones y contenido en pro de dar mayor cobertura y protección a la actividad de este medio de transporte.

## **XV**

Al final de la II Guerra Mundial surgió la necesidad de revisar y completar las normas de Derecho Internacional Humanitario, dadas las experiencias obtenidas en dicha confrontación bélica. Entre estas normas se incluyeron las referidas al transporte sanitario marítimo y aéreo.

La evolución de los nuevos métodos de guerra hizo indispensables nuevas soluciones técnicas para la protección de estos medios de transporte.

Todas estas cuestiones quedaron reflejadas en la XVII CFICR de Estocolmo de 1948, de la que surgió el actual instrumento de regulación jurídica del transporte sanitario por agua y por aire en situaciones de conflicto armado: La Convención de Ginebra de 1949.

La Convención de Ginebra de 1949 está integrada por cuatro convenciones, siendo la Segunda, la correspondiente a

aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos en el mar, y por tanto la que regulará los trasportes sanitarios por agua y por vía aérea, aunque también se incluyen disposiciones referidas a los mismos en el Primero y Cuarto, y del transporte especial en el tercero, de los Convenios de Ginebra de 1949.

La regulación de los citados transportes sanitarios fue más precisa y completa que la contenida en los anteriores X Convenio de La Haya de 1907 y Convención de Ginebra de 1929, aunque se aprecian ciertas lagunas debidas especialmente a exigencias militares.

Tales lagunas se aprecian en las operaciones de Salvamento Costero, en particular en lo relativo a la protección de las embarcaciones utilizadas a tal fin, pues solo serán respetadas en la medida en que las necesidades de las operaciones lo permitan. Esta cuestión presentaba una gran problemática para el cumplimiento de la actividad de las citadas embarcaciones durante un conflicto armado. Por otra parte el personal de estas embarcaciones no disfruta en esta norma de una protección particular.

Respecto al transporte sanitario aéreo, el cambio que más resalta con relación al artículo 18 del Convenio de 1929, es que el mismo solo será respetado cuando cumpla una serie de condiciones, entre otras, el acuerdo previo entre las partes beligerantes sobre las horas, altitudes e itinerarios.

Esta nueva norma paraliza la actividad de este medio de transporte, antes con el emblema era suficiente para la ser inmune, ahora ya dicha protección es un medio ilusorio, subordinándose la protección a un acuerdo entre beligerantes sobre el plan de vuelo. Por otra parte, esta cuestión será difícil de concertar durante un conflicto armado, pudiéndose decir que las formas de garantías establecidas en la Convención de Ginebra de 1949, recorta



las "alas" a los aparatos aéreos sanitarios, medios de transporte cada vez más eficaces.

A diferencia de las disposiciones sobre los barcos hospitales, no existe una regulación específica respecto al transporte sanitario aéreo de carácter neutral, o respecto de las organizaciones humanitarias.

Aunque esta Convención mejora a la anterior de 1929 en algunos aspectos, deja sin dar solución a los aparatos que se dedican a la búsqueda de heridos, especialmente al modelo de helicóptero, que cada vez demostraba mayor eficacia en este tipo de actividad, ya que no dispondrán de inmunidad, en base a la seguridad militar.

Una cuestión que será de importancia vital para ambos tipos de transporte sanitario, tanto por agua como por vía aérea, corresponderá a la identificación mediante medios técnicos para asegurar una protección real de acuerdo con la evolución y métodos de la guerra.

Esta cuestión será un reto a partir de la Convención de 1949 hasta la actualidad, para conseguir la adaptación a la evolución de la técnica más moderna a fin de una mayor seguridad para la protección de los medios de los transportes sanitarios, especialmente en el ámbito marítimo y aéreo, en pro de la salvaguarda de las víctimas en los conflictos armados.

## **XVI**

En la Conferencia Diplomática de 1949 se propusieron diferentes medios técnicos de identificación, como el radar o la identificación acústica, sin embargo no se aprobó ninguna disposición relativa a la señalización. En consecuencia, el único medio de identificación que se mantuvo fue el signo visual (cruz roja sobre fondo blanco). Se perdió una gran oportunidad para reglamentar medios técnicos de identificación, que demandaba la realidad del

momento, a la vista de la experiencia que se había obtenido en la II Guerra Mundial, a fin de dar una mayor seguridad en la actualidad de los transportes sanitarios. No obstante, el artículo 43 del Segundo Convenio de Ginebra de 1949 invitaba a las partes a conseguir acuerdos con vista a facilitar la identificación, dejando al menos una puerta abierta a su utilización.

Por tanto quedaba un larga travesía por recorrer, en la que habrá que contar con instrumentos de ineludible necesidad para la consecución de las mayores garantías en la protección de los transportes sanitarios por agua y por aire. Estos instrumentos serán:

- Las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja XXI, XXIV y XXV, de Estambul 1969, Manila 1981, y Ginebra 1986, respectivamente, las cuales tendrán una gran incidencia con respecto a los transportes sanitarios marítimos y aéreos y en especial a los medios complementarios de identificación, impulsando técnicas que iban a fortalecer la protección de los citados medios de transportes como el radar secundario, reserva de frecuencia sobre radiocomunicaciones, señales luminosas centelleantes, identificación de signos distintivos de la cruz roja por infrarrojos.

- Las Conferencias Diplomáticas como la de 1974-1977, que aprobó dos Protocolos Adicionales a la Convención de Ginebra de 1949, contando en el Primero, con un Anexo referente a la reglamentación relativa a la identificación. Aportan soluciones para que fuese especialmente más segura la identificación de los aviones en vuelo. Por otra parte, el Anexo citado es muy técnico y prevé un sistema con tres tipos de señales, la luz centelleante, la señal de radio y el radar secundario. Por otra parte, se acompaña al mismo tres Resoluciones dirigidas a las Organizaciones Internacionales competentes de la OACI, OMI y UIT, a fin de

resolver cuestiones de señalamiento, de identificación y radiocomunicaciones que eran de su competencia.

El Anexo revisado en 1990, y aprobado en 1993, mejoraba los medios de identificación aprovechando la evolución de la tecnología, consiguiendo una mayor seguridad para la protección de los medios de transporte sanitarios especialmente en el ámbito marítimo y aéreo.

Y la Conferencia Diplomática de Ginebra de 2005, aprueba un tercer Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra de 1949, por el que se crea un emblema adicional a los emblemas de la Cruz Roja y Media Luna Roja, "el Cristal Rojo", ampliándose por tanto el signo distintivo que se establece para la identificación de los transportes sanitarios.

-Las Organizaciones Internacionales como la OACI, OMI y UIT, irán aportando, mediante las Resoluciones oportunas, medios técnicos, como el radar secundario para aeronaves sanitarias, luces azules destellantes, código de señales (sonoras, radioeléctrica y pirotécnicas), transmisiones de señalización y frecuencia internacional, respondedores marítimos con técnicas de llamadas, etc., cumplimentando las Resoluciones de la Conferencia Diplomática de 1974-1977. -Reuniones de Expertos (1945, 1990) y Conferencias de Expertos Gubernamentales (1947, 1971, 1972 y 1986), Instadas por el CICR Y CD, y Reuniones de Expertos Técnicos (1987,1988,1989,1990,1991,1992, 1993 y 1994) propuestas por el Instituto Internacional de Derecho Humanitario de San Remo.

-Otras Conferencias Internacionales, como las relativas al salvamento marítimo (ILC), de Estoril 1955, de Goteborg 1983, y La Coruña 1987, que impulsaban acuerdos para promover una protección de los barcos de salvamento costero en las mismas condiciones que la de los barcos hospitales.

-Conflictos Armados de Corea (1950-1953), Vietnam (1964-1973), y Malvinas (1982), en los que se demostró la evolución y eficacia del transporte sanitario por vía aérea, especialmente el helicóptero, para evacuación de heridos en el campo de batalla o rescate de náufragos, así como queda enterrada la idea de que los barcos hospitales ya habían quedado anticuados, acreditándose su necesaria actuación a pesar de las lagunas jurídicas y tecnológicas que debían suplir, como la falta de uso de medios adicionales de identificación.

-Estudios y textos, como Manuales, "para el uso de las Tripulaciones de los barcos de salvamento costero en los conflictos armados" (1986), "Para la utilización de Medios Técnicos de señalamiento y de identificación" de 1990; Y el "Manual de San Remo de 1994", documentos no vinculantes, pero que daban soluciones a las cuestiones pendientes de regular.

Todos estos instrumentos han aportado estudios, propuestas, resoluciones, experiencias en el orden práctico e incluso soluciones para aquellas cuestiones de interés que no se han contemplado hasta la fecha, sirviendo para sustentar los cimientos de la Convención de Ginebra de 1949 y los Protocolos Adicionales de 1974-1977, en donde se constituye la regulación jurídica del Transporte Sanitario por agua y por vía aérea, en situación de conflictos armados, fomentando la evolución de los medios técnicos e impulsando disposiciones adecuadas para equilibrar desde el ámbito humanitario el desarrollo de la tecnología bélica.

## **XVII**

El derecho, como siempre detrás de los hechos trata de regular las nuevas situaciones. En el caso del transporte sanitario marítimo y aéreo en conflicto armado, ha sido difícil dar una respuesta inmediata. Muchas circunstancias han impedido que se alumbrasen normas para dar respuestas

y confrontaciones entre las partes, puntos de conexión entre lo militar y lo humanitario, han coincidido en este caso para retrasar una regulación, cuyos perjudicados han sido precisamente las víctimas a quien se pretende proteger.

Desgraciadamente los conflictos armados continúan desencadenándose y los medios bélicos desarrollándose. Por ello, debe continuarse en la búsqueda de mecanismo de protección adecuados y suficientes para los transportes sanitarios por agua y por aire.

En esta tarea lo primero que se debe evitar es anteponer intereses ajenos al interés humanitario, y en segundo término los retrasos en la aprobación de nuevas disposiciones que salvaguarden eficazmente los medios de transporte sanitario por agua y por vía aérea en las confrontaciones bélicas, si no se quiere reproducir las situaciones de indeterminación acaecidas hasta la fecha.

Se entiende necesario que entre las posibles novedades de futura reglamentación, se incluyan la utilización de equipos de comunicación que no prohíban la emisión encriptada para el envío de los mensajes, contribuyendo con ello evitar retrasos en la recepción de una información; Se provean de medidas de defensa para su mayor protección, como medios deflexivos como cinta antirradar; búsqueda e investigación en Medios técnicos que superen a los actuales sobre identificación visual del signo protector, que mejoren a los de visibilidad térmica por infrarrojos; creación de una zona en un área definida en el mar para los barcos hospitales y de salvamento costero, para evacuar heridos, enfermos y naufragos; Observadores neutrales en los buques hospitales y de salvamento costero; Protección de igual medida para estas embarcaciones que aquellos los buques hospitales, así como para todo su personal; Y búsqueda de soluciones para la actividad del helicóptero durante un

conflicto armado para evitar en lo máximo posible los riegos que actualmente mantiene, ya que en la actualidad se desaconseja actuar con los signos protectores de la cruz roja.

### **XVIII**

Por último para regular las deficiencias jurídicas actuales del transporte sanitario marítimo y aéreo, podrían utilizarse dos formulas: la convocatoria de una Conferencia Diplomática, en la que se propongan normas referente al guerra marítima, que incluyan cuestiones relativas a los transportes sanitarios, y por tanto no se limite solo a este asunto, o la revisión del Anexo al artículo 98 del Protocolo Adicional Primero.

Analizada las dos posibilidades se concluye que la primera de ella supondrá previsiblemente un resultado nada positivo, por cuanto que difícilmente se prevé una anuencia de intereses. La segunda opción por el contrario, se vislumbra más efectiva toda vez que parte de una reforma a través de los propios mecanismos habilitados a tal fin en el Protocolo Adicional Primero.



## A N E X O S

### ANEXO I

#### DECLARACIÓN DE PARÍS DE 1856

"Los plenipotenciarios que han firmado el tratado de París del 30 de marzo de 1856, reunidos en conferencia, considerando:

Que el derecho marítimo en tiempo de guerra ha sido durante largo tiempo objeto de discusiones lamentables.

Que la impresión de los derechos y deberes en esta materia da lugar, entre los neutrales y los beligerantes, a divergencias de opinión que pueden originar serias dificultades y aun conflictos.

Que, por consiguiente, sería desventajoso establecer una doctrina uniforme sobre punto tan importante.

Que los plenipotenciarios, reunidos en el congreso de París, no podrían responder mejor a las intenciones que anima a sus gobiernos, que tratando de introducir en las relaciones internacionales principios fijos a este respecto.

Debidamente autorizados, los citados plenipotenciarios han convenido concertarse sobre estos medios de alcanzar ese objeto, y habiendo llegado a un acuerdo, han establecido la siguiente Declaración solemne:

1º: El corso está y queda abolido.

2º: El pabellón neutral cubre la mercancía enemiga, a excepción del contrabando de guerra.

3º: La mercancía neutral, a excepción del contrabando de guerra, no puede ser apresada bajo el pabellón enemigo.

4º: Los bloqueos, para obligar, deben ser efectivos, es decir, mantenidos por una fuerza suficiente para impedir realmente el acceso al litoral enemigo.

Los gobiernos de los infrascritos plenipotenciarios se comprometen a llevar esta Declaración a conocimiento de los Estados que no han sido llamados a tomar parte en el congreso de París, y a invitarlos a dar su adhesión.

Convencidos de que las máximas que acaban de proclamar no serán acogidas sino con gratitud por el mundo entero, los plenipotenciarios que suscriben no dudan de que los esfuerzos de sus gobiernos para hacer general su adopción no sean coronados por el éxito.

La presente Declaración no es y no será obligatoria sino entre las potencias que acceden o accedieran a ella.

París, 16 de abril de 1856".



Los Estados partes que suscribieron dicha Declaración fueron los siguientes: Anhalt-Desau-Coethen, Argentina, Austria, Baden, Baviera, Bélgica, Brasil, Bremen, Brunswick, Bulgaria, Cerdeña, Chile, Confederación germánica, Dinamarca, Dos Sicilias, Ecuador, España, Estados romanos, Francia, furt, Grecia, Guatemala, Haití, Hamburgo, Hanover, Hesse-Darmstadt, Hesse-Electoral, Hungría, Italia, Japón, Lubeck, Mecklenburgo-Schwerin, Mecklenburgo-Strelitz, Méjico, Módena, Nassau, Noruega, Nueva Granada, Oldenburgo, Parma, Países Bajos, Perú, Portugal, Prusia, Reino Unido, Rusia, Saxe, Saxe-Altenburgo, Saxe-Coburgo-Gotha, Saxe-Meiningen, Saxe-Weimar, Suecia, Suiza, Toscana, Turquía, Uruguay y Wüttemberg.

## **ANEXO II**

### **PROYECTO DE CONCORDATO DEL COMITÉ INTERNACIONAL** **26 DE OCTUBRE DE 1863**

#### Título I

#### Disposiciones Generales

ARTÍCULO PRIMERO.- Existirá, en cada país concordatario, un Comité Nacional, cuyo cometido consistirá en poner remedio, por todos los medios a su alcance, a las insuficiencias del Servicio Sanitario de los ejércitos en Campaña.

Este Comité se organizará él mismo del modo que le parezca más útil y conveniente.

Art. 2.- Para secundar al Comité Nacional, podrá formarse un número ilimitado de secciones. Estas dependerán obligatoriamente del Comité Nacional, único organismo al que incumbirá la dirección superior.

Art. 3.- Cada Comité Nacional debe ponerse en contacto con el Gobierno de su país y asegurarse de que sus ofertas de servicio serán aceptadas en caso de guerra.

Art. 4.- En tiempo de paz, los Comités y sus secciones se ocuparán de las mejoras que deben introducirse en el servicio sanitario militar, en la instalación de las ambulancias y de los hospitales, en los medios de transporte para los heridos, etc., y proseguirán su realización.

Art. 5.- Los Comités y las secciones de los diversos países podrán reunirse en congresos internacionales para comunicarse sus experiencias y concertarse sobre las medidas que deben tomarse en interés de la Obra.

Art. 6.- El mes de enero de todos los años, los Comités

Nacionales presentarán un informe sobre sus actividades durante el año precedente, al que adjuntarán todas las comunicaciones que consideren útil poner en conocimiento de los comités de los otros países.

El intercambio de estas comunicaciones y de estos informes se efectuará por intermedio del Comité de Ginebra, al que se remitirán.

## **Título II**

### **Disposiciones especiales en caso de guerra.**

Art. 7.- En caso de guerra, los Comités de las naciones beligerantes suministrarán los socorros necesarios al respectivo ejército y se ocuparán, en particular, de formar y organizar cuerpos de enfermeros voluntarios.

Podrán solicitar el apoyo de los Comités pertenecientes a las naciones neutrales.

Art. 8.- Los enfermeros voluntarios se comprometerán a prestar servicio durante un tiempo limitado y a no inmiscuirse, en manera alguna, en las operaciones bélicas. Trabajarán, según lo deseen, en el servicio de campaña o en el de los hospitales. Las mujeres sólo serán destinadas a este último.

Art. 9.- Los enfermeros voluntarios llevarán, en todos los países, un uniforme o signo distintivo idéntico. Su persona es sagrada y los jefes militares deben protegerlos.

Cuando entren en campaña, los soldados de ambos ejércitos serán informados de la existencia de esos cuerpos y de su índole exclusivamente caritativa.

Art. 10.- Los cuerpos de enfermeros o socorristas voluntarios seguirán a los ejércitos en su marcha, sin obstaculizarles ni ocasionarles ningún gasto. Tendrán sus medios de transporte, sus víveres y sus provisiones de medicamentos y socorros de toda clase.

Serán puestos a disposición de los jefes de los ejércitos, que sólo los utilizarán cuando lo consideren necesario. Mientras dure el servicio activo de estos cuerpos, estarán a las órdenes de la autoridad militar y sujetos a la misma disciplina que los enfermeros ordinarios.

## **ANEXO III**

### **RESOLUCIONES DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE GINEBRA DE OCTUBRE DE 1863, PARA EL COMIENZO DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL.**

La Conferencia Internacional, deseosa de acudir en auxilio de los heridos, en caso de que el Servicio de Sanidad militar fuese insuficiente, adopta las resoluciones siguientes:

Artículo 1.- Existe en cada país un comité, cuyo mandato consiste en ayudar en tiempo de guerra, si hay caso, por todos los medios a su alcance, al Servicio de Sanidad de los ejércitos.

Este comité se organiza por sí mismo del modo que le parece más útil y conveniente.

Art. 2.- Para secundar a dicho comité, al que incumbe la dirección general, pueden formarse secciones, en número ilimitado.

Art. 3.- Cada comité debe ponerse en relación con el Gobierno de su país para que sus ofertas de servicio sean aceptadas, en caso de necesidad.

Art. 4.- En tiempo de paz, los comités y las secciones se ocupan de los medios que pueden hacerles verdaderamente útiles en tiempo de guerra, especialmente preparando socorros materiales de todo género y tratando de formar e instruir a enfermeros voluntarios.

Art. 5.- En caso de guerra, los comités de las naciones beligerantes suministran, en la medida de sus recursos, socorros a sus ejércitos respectivos; en particular, organizan y ponen en actividad a los enfermeros voluntarios y hacen preparar, de acuerdo con la autoridad militar, locales para cuidar a los heridos.

Podrán solicitar el concurso de los comités pertenecientes a las naciones neutrales.

Art. 6.- A petición o con el consentimiento de la autoridad militar, los comités envían enfermeros voluntarios al campo de batalla. Entonces los ponen bajo la dirección de los jefes militares.

Art. 7.- Los enfermeros voluntarios afectos a los ejércitos deben estar provistos, por sus comités respectivos, de todo cuanto sea necesario para su mantenimiento.

Art. 8.- Llevan en todos los países como signo distintivo uniforme, un brazal blanco con una cruz roja.

Art. 9.- Los comités y las secciones de los diversos países pueden reunirse en congresos internacionales para comunicarse sus experiencias y concertarse sobre las medidas que deben tomarse en interés de la Obra.

Art. 10.- El intercambio de comunicaciones entre los comités de las diversas naciones se hace, provisionalmente, por medio del Comité de Ginebra.

**ANEXO IV**  
**CONVENIO DE GINEBRA, DE 22 DE AGOSTO DE 1864, PARA**  
**MEJORAR LA SUERTE DE LOS MILITARES HERIDOS EN**  
**CAMPAÑA.**

"Igualmente animados del deseo de mitigar, en cuanto de ellos dependa, los males inseparables de la guerra, de suprimir los rigores inútiles, y de mejorar la suerte de los militares heridos en los campos de batalla, han resuelto celebrar un convenio al efecto y han nombrado sus Plenipotenciarios, a saber (...) Los cuales, después de haber canjeado sus poderes, hallados en buena y debida forma, han convenido en los artículos siguientes:

Artículo 1. **Las ambulancias** y los hospitales militares serán reconocidos neutrales, y como tales protegidos y respetados por los beligerantes mientras haya en ellos enfermos o heridos.

La neutralidad cesará si estas **ambulancias** u hospitales estuviesen guardados por una fuerza militar.

Artículo 2. El personal de los hospitales y de las ambulancias, incluso la intendencia, los servicios de sanidad, de administración, **de transporte de heridos**, así como los Capellanes, **participará del beneficio de la neutralidad** cuando ejerza sus funciones y mientras haya heridos que recoger y socorrer.

Artículo 3. Las personas designadas en el artículo anterior podrán, aun después de la ocupación por el enemigo, continuar ejerciendo sus funciones en el hospital o **ambulancia** en que sirvan o retirarse para incorporarse al cuerpo a que pertenezcan.

En este caso, cuando estas personas cesen en sus funciones serán entregadas a los puestos avanzados del enemigo, quedando la entrega al cuidado del ejército de ocupación.

Artículo 4. Como el material de los hospitales militares queda sujeto a las leyes de guerra, las personas agregadas a estos hospitales no podrán al retirarse llevar consigo más que los objetos que sean de su propiedad particular.

En las mismas circunstancias, por el contrario, **la ambulancia** conservará su material.

Artículo 5. Los habitantes del país que presten socorro a los heridos serán respetados y permanecerán libres.

Los generales de las Potencias beligerantes tendrán la misión de advertir a los habitantes del llamamiento hecho a su humanidad y a la neutralidad que resultará de ello.

Todo herido recogido y cuidado en una casa la servirá de salvaguardia. El habitante que hubiese recogido heridos en su casa estará dispensado del alojamiento de tropas, así como de una parte de las contribuciones de guerra que se impusieren.

Artículo 6. Los militares heridos o enfermos serán

recogidos y cuidados, sea cual fuere la nación a que pertenezcan. Los Comandantes en Jefe tendrán la facultad de entregar inmediatamente a las avanzadas enemigas los militares heridos durante el combate cuando las circunstancias lo permitan y con el consentimiento de las dos partes.

Serán enviados a su país los que después de curados fueren reconocidos inútiles para el servicio.

También podrán ser enviados los demás a condición de no volver a tomar las armas mientras dure la guerra.

Las evacuaciones, con el personal que las dirija, serán protegidas por una neutralidad absoluta.

Artículo 7. Se adoptará **una bandera distintiva** y uniforme **para** los hospitales, **las ambulancias** y evacuaciones, que en todo caso irá acompañada de la bandera nacional.

También se admitirá un brazal para el personal considerado neutral; pero la entrega de este distintivo será de la competencia de las autoridades militares.

**La bandera y el brazal llevarán cruz roja en fondo blanco.**

Artículo 8. Los Comandantes en Jefe de los ejércitos beligerantes fijarán los detalles de ejecución del presente Convenio, según las instrucciones de sus respectivos Gobiernos y conforme a los principios generales enunciados en el mismo.

Artículo 9. Las altas partes contratantes han acordado comunicar el presente Convenio a los Gobiernos que no han podido enviar plenipotenciarios a la Conferencia Internacional de Ginebra, invitándoles a adherirse a él, para lo cual queda abierto el protocolo.

Artículo 10. El presente convenio será ratificado y las ratificaciones serán canjeadas en Berna en el espacio de cuatro meses o antes si fuere posible.

En fe de lo que los plenipotenciarios respectivos lo han firmado y han puesto en él el sello de sus armas.

Hecho en Ginebra el 22 del mes de agosto del año 1864".

Estados partes:

África del Sur, Alemania, Argentina, Austria, Baden, Baviera, Bélgica, Bolivia, Brasil, Bulgaria, Chile, China, Colombia, Congo, Corea, Cuba, Dinamarca, El Salvador, Ecuador, España, Estado libre de Orange, Estados Unidos, Francia, Grecia, Guatemala, Haití, Hesse, Honduras, Irán, Italia, Japón, Luxemburgo, Mecklenburgo-Schwerin, Méjico, Montenegro, Nicaragua, Noruega, Países Bajos, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Prusia, Reino Unido, República Dominicana, Rumanía, Rusia, Santa Sede, Saxe, Serbia, Suecia, Suiza, Tailandia, Turquía, Uruguay, Venezuela, Württemberg.

## ANEXO V

### ARTÍCULOS ADICIONALES A LA CONVENCIÓN DEL 22 DE AGOSTO DE 1864. GINEBRA, 20 OCTUBRE 1868

Los gobiernos de Alemania del Norte, Austria, Baden-Baden, Baviera, Bélgica, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Italia, los Países Bajos, Suecia, Noruega, Suiza, Turquía, Wurtemberg;

Deseando extender a los ejércitos en el mar las ventajas de la Convención concluida en Ginebra el 22 de agosto de 1864, para la mejora de la suerte de los militares heridos en los ejércitos en campaña, y para precisar de manera más detallada algunas estipulaciones de la convención mencionada, han nombrado a sus Comisarios.

Quienes, debidamente autorizados al efecto, han convenido bajo la reserva de la aprobación de sus gobiernos, las siguientes disposiciones:

#### ARTÍCULO 1.

El personal designado en el artículo dos de la Convención continuará, tras la ocupación por parte del enemigo, ofreciendo, en la medida de las necesidades, sus cuidados a los enfermos y heridos de la ambulancia o del hospital en el que presten sus servicios.

Cuando se les pida que se retiren, el comandante de las tropas ocupantes fijará el momento de la partida, que no podrá -sin embargo- aplazarse más que por un corto plazo de tiempo en caso de necesidades militares.

#### ART. 2

Deberán tomarse por las potencias beligerantes las disposiciones oportunas para asegurar al personal neutralizado, que haya caído en las manos del enemigo, el disfrute integral de su remuneración.

#### ART. 3

En las condiciones previstas en los artículos uno y cuatro de la Convención, la denominación de ambulancia se aplica a los hospitales de campaña y a cualquier otro establecimiento temporal que siga a las tropas en el campo de batalla para acoger a los enfermos y heridos.

#### ART. 4

Conforme al espíritu del artículo cinco de la Convención y a las reservas mencionadas en el Protocolo de 1864, se explica que para el reparto de las cargas relativas al alojamiento de las tropas y de las contribuciones de guerra, no se tomarán en cuenta más que en la medida de la equidad del celo caritativo empleado por los habitantes.

#### ART. 5

Por extensión del artículo seis de la Convención, se estipula que, con la reserva de los oficiales cuya posesión sería determinante para la suerte de las armas y en los límites fijados por el segundo párrafo de este artículo, los heridos caídos en manos del enemigo, incluso cuando no fuesen reconocidos como incapaces para el servicio, deberán ser devueltos a su país tras su curación, o con anterioridad si esto fuese posible, con la condición de que no volviesen a empuñar las armas hasta concluido el conflicto.

#### ART. 6

Las embarcaciones que por su propio cuenta y riesgo, durante o después del combate acojan o que, habiendo recogido náufragos o heridos, les icen a bordo de un navío neutral u hospitalario, disfrutarán hasta que cumplan con su misión de la neutralidad que las circunstancias del combate y de la situación de los navíos en conflicto permiten aplicarles.

La apreciación de estas circunstancias queda confiada a la humanidad de todos los combatientes. Los náufragos y los heridos que hayan sido así acogidos y salvados no podrán servir durante la duración de la guerra.

#### ART. 7

El personal religioso, médico y hospitalario de toda la embarcación capturada, es declarado neutral. Podrán llevarse al abandonar el navío todos aquellos objetos e instrumentos de cirugía que sean de su propiedad particular.

#### ART. 8

El personal designado en el artículo precedente debe continuar cumpliendo sus funciones en la embarcación capturada, prestar ayuda en la evacuación de los heridos que haga el vencedor, además deben ser libres de poder volver a su país, de acuerdo al segundo párrafo del artículo primero adicional anterior.

Las estipulaciones del segundo artículo adicional son aplicables a la remuneración de este personal.

#### ART. 9

Las embarcaciones hospital militares quedan sometidas a la ley de la guerra, en lo que concierne a su material; devienen propiedad del captor, pero esto no podrá apartarlas de su afectación especial durante la duración de la guerra.

#### ART. 10

Toda embarcación comercial, con independencia a la nación a la que pertenezca, encargada exclusivamente de los heridos y de los enfermos en cuya evacuación tome parte, queda cubierta por la neutralidad; pero el sólo hecho de la visita, notificada en el diario de a bordo, por un crucero enemigo, hace que los heridos y enfermos sean incapaces de servir durante la duración de la guerra. El crucero tendrá también el derecho de poner a bordo un comisario para que acompañe al convoy y así verificar la buena fe de la operación.

Si la embarcación comercial contuviese cualquier otro cargamento, la neutralidad todavía lo protegería sino fuese de tal naturaleza que pudiese ser confiscada por los beligerantes.

Los beligerantes mantienen el derecho de prohibir a las embarcaciones neutralizadas cualquier comunicación en cualquier dirección que pudiesen juzgar perjudiciales para el secreto de sus operaciones.

En los casos urgentes, las convenciones particulares podrían hacerse entre los comandantes en jefe, para neutralizar de manera momentánea de una manera especial a los navíos destinados a la evacuación de los heridos y de los enfermos.

#### ART. 11

Los marinos y los militares embarcados, heridos o enfermos, cualquiera que sea la nación a la que pertenezcan, serán protegidos y cuidados por los captores.

Su repatriación queda sometida a las prescripciones del artículo seis de la Convención y del artículo 5 adicional.

#### ART. 12

La bandera distintiva que va junto al pabellón nacional para indicar que un navío o una embarcación cualquiera que reclame el beneficio de la neutralidad, en virtud de los principios de esta convención, es el pabellón blanco con una cruz roja.

Los beligerantes ejercen en este sentido cualquier verificación que juzguen necesaria. Los barcos hospital militares se distinguirán por una pintura exterior blanca con una batería verde.

#### ART. 13

Los navíos hospital, equipados a través de gastos sufragados por las sociedades de socorro reconocidas por los gobiernos signatarios de esta Convención, provistos de una mandato emanado del Soberano que otorgue la autorización expresa para su aparejo, y de un documento de la autoridad marítima competente, estipulando que han sido sometidos a su control durante su aparejo y en el momento



de su partida final, y que estaban únicamente equipados para los objetivos de su misión, serán considerados como neutrales así como todo su personal.

Serán respetados y protegidos por los beligerantes.

Se harán reconocer izando, junto a su pabellón nacional, el pabellón blanco con una cruz roja. La marca distintiva de su personal en el ejercicio de sus funciones consistirá en un brazalete con los mismos colores; su pintura exterior será blanca con una batería roja.

Estos navíos prestarán socorro y asistencia a los heridos y a los náufragos de los beligerantes sin distinción de la nacionalidad.

No deberán entorpecer en modo alguno los movimientos de los combatientes.

Los beligerantes tendrán sobre ellos el derecho de control y de visita; podrán rechazar su ayuda, pedirles que se alejen y detenerles si la gravedad de las circunstancias así lo exigiese.

Los heridos y los náufragos acogidos por estas naves no podrán ser reclamados por ninguno de los combatientes, y se les impondrá la obligación de no poder volver a servir durante la duración de la guerra.

#### ART. 14

En las guerras marítimas, cualquier presunción fuerte de que uno de los beligerantes se esté aprovechando del beneficio de la neutralidad para otro interés aparte del de cuidar de los heridos y de los enfermos, permitirá al otro beligerante, hasta que se pruebe lo contrario, suspender la Convención en este sentido.

Si esta presunción deviene certitud, la Convención puede ser denunciada para toda la duración de la guerra.

#### ART. 15

El presente Acta será redactada en un único ejemplar original que será depositado en los archivos de la Confederación suiza.

Una copia auténtica de este acta librada, con la invitación de adherirse a la misma, a cada una de las potencias signatarias de la Convención del 22 de agosto de 1864, así como a todas las posteriores que la hayan completado.

A cuya fe, los Comisarios abajo firmante han redactado el presente proyecto de artículos adicionales y han puesto el sello de sus armas.

Hecho en Génova, el vigésimo día del mes de octubre del año mil ochocientos sesenta y ocho.

## ANEXO VI.

### "CONVENIO DE LA HAYA, DE 29 DE JULIO DE 1899, PARA APLICAR A LA GUERRA MARÍTIMA LOS PRINCIPIOS DEL CONVENIO DE GINEBRA DE 22 DE AGOSTO DE 1864."

"Los jefes de las naciones signatarias, igualmente animadas del deseo de aminorar, en cuando de ellos dependa, los males inseparables de la guerra, y queriendo, con este objetivo, aplicar la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864, han resuelto celebrar este Convenio.

Artículo 1. **Los barcos hospitales militares**, esto es, los barcos construidos o adaptados por los Estados especial y únicamente para socorrer a los heridos, enfermos y náufragos, y cuyos nombres hubieran sido comunicados a las potencias beligerantes al empezar las hostilidades o durante el curso de éstas, y en todo caso antes de haberlos utilizado, **serán respetados y no podrán apresarse durante el período de hostilidades.**

Dichos buques no estarán tampoco asimilados a los de guerra en lo que respecta a su permanencia en un puerto neutral.

Artículo 2. **Los buques hospitales, equipados total o parcialmente a expensas de particulares o Sociedades de socorros oficialmente reconocidas, serán igualmente respetados** y no podrán ser apresados si la potencia beligerante de la cual dependen les ha dado una comisión oficial y han notificado sus nombres a la potencia enemiga al comienzo o durante el curso de las hostilidades, y en todo caso antes de que se haya utilizado.

Dichos barcos deberán llevar un documento, en el cual declare la autoridad competente que han estado sometidos a su inspección durante su armamento y a su partida.

Artículo 3. **Los barcos hospitales**, equipados en todo o en parte a expensas de particulares o Sociedades oficialmente reconocidas de países neutrales, serán respetados y **estarán exentos de captura, si la potencia neutral de quien dependan les ha dado una comisión oficial y ha comunicado sus nombres a las potencias beligerantes** al comienzo o durante el curso de las hostilidades, y siempre antes de que se hubieran puesto en uso.

Artículo 4. Los barcos mencionados en los artículos 1, 2 y 3 prestarán socorro y asistencia a los heridos, enfermos y náufragos de los beligerantes sin distinción de nacionalidad.

Los Gobiernos se comprometen a no utilizar estos barcos para ningún fin militar.

Estos barcos no deberán estorbar de ningún modo los movimientos de los combatientes. Durante el combate y después de él obrarán a su riesgo.

Los beligerantes tendrán sobre ellos el derecho de inspección y visita, podrán rehusar su concurso, exigirles que se alejen, imponerles una dirección determinada y poner a su bordo un comisario, y hasta detenerlos, si la gravedad de las circunstancias lo exigiera.

En cuanto sea posible, los beligerantes anotarán en el diario de a bordo de los barcos hospitales las órdenes que les den.

**Artículo 5. Los barcos hospitales militares se distinguirán por su pintura exterior blanca con una banda horizontal verde de un metro y medio próximamente de ancho.**

**Los barcos mencionados en los artículos 2 y 3 se distinguirán por su pintura exterior blanca con una banda horizontal roja de un metro y medio de ancho próximamente.**

Las lanchas de estos barcos, así como las pequeñas embarcaciones afectas al servicio hospitalario, se distinguirán por una pintura análoga.

**Todos los barcos hospitales se darán a conocer izando con su pabellón nacional el blanco con cruz roja establecido en el Convenio de Ginebra.**

**Artículo 6.** Los barcos de comercio, de recreo o embarcaciones neutrales que lleven o recojan heridos, enfermos o náufragos de los beligerantes, no pueden ser capturados por el hecho del transporte, pero quedan expuestos a captura por las violaciones de neutralidad que pudieran haber cometido.

**Artículo 7.** El personal religioso, médico y de enfermeros de todo barco capturado es inviolable y no puede ser hecho prisionero de guerra. Al dejar el barco se llevará los objetos e instrumentos de cirugía que sean de su propiedad particular.

Dicho personal continuará desempeñando sus funciones mientras sea necesario, y podrá retirarse cuando el comandante en jefe lo juzgue posible.

Los beligerantes deberán asegurar a este personal caído en su poder el disfrute íntegro de sus haberes.

**Artículo 8.** Los marinos y militares embarcados que estén heridos o enfermos, sea cual fuese su nacionalidad, serán cuidados y protegidos por los que los hayan capturado.

**Artículo 9.** Son prisioneros de guerra los náufragos heridos o enfermos de un beligerante que caen en poder del otro. A éste corresponde decidir, según las circunstancias, si le conviene conservarlos en su poder, enviarlos a un puerto de su nación, a uno neutral y hasta a uno del adversario.

En este último caso, los prisioneros devueltos así a su país no podrán volver al servicio mientras dure la guerra.

**Artículo 10.** (Excluido de la ratificación, esta disposición hace referencia a la obligación que incumbe al Estado neutral respecto de los náufragos, heridos o enfermos desembarcados en uno de sus puertos y determina que los gastos de hospitalización e internamiento correrán a cargo

del Estado al que pertenecen los náufragos, heridos o enfermos).

Artículo 11. Las reglas contenidas en los anteriores artículos son obligatorias para las potencias contratantes, únicamente en caso de guerra entre dos o varias de ellas. Dichas reglas dejarán de ser obligatorias desde el momento en que, declarada la guerra entre dos potencias contratantes, otra no contratante se uniese a uno de los beligerantes.

Artículo 12. El presente Convenio será ratificado en el más breve plazo posible.

Las ratificaciones se depositarán en La Haya.

Del depósito de cada ratificación se levantará un acta, de la cual se remitirá por la vía diplomática copia certificada a todas las potencias contratantes.

Artículo 13. Las potencias no signatarias que hubiesen aceptado el Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864, pueden adherirse al presente Convenio.

Tendrán a este efecto que hacer conocer a las potencias contratantes su adhesión por medio de una notificación escrita, dirigida al Gobierno de los Países Bajos y comunicada por éste a las demás potencias contratantes.

Artículo 14. Si una de las altas partes contratantes denunciase el presente convenio, dicha denuncia sólo producirá sus efectos un año después de la notificación hecha por escrito al Gobierno de los Países Bajos y comunicada inmediatamente por éste a las demás potencias contratantes.

Esta denuncia solamente producirá sus efectos respecto a la potencia que la haya notificado.

Hecho en La Haya el 29 de julio de 1899.

Estados partes: África del Sur, Alemania, Argentina, Austria-Hungría, Belarús, Bélgica, Bolivia, Brasil, Bulgaria, Chile, China, Colombia, Corea, Cuba, Dinamarca, El Salvador, Ecuador, España, Estados Unidos, Fidji, Francia, Grecia, Guatemala, Haití, Honduras, Irán, Italia, Japón, Luxemburgo, Méjico, Montenegro, Nicaragua, Noruega, Panamá, Paraguay, Países Bajos, Perú, Portugal, Reino Unido, República Dominicana, Rumanía, Suecia, Suiza, Tailandia, Turquía, Uruguay, Venezuela, Yugoslavia.

## ANEXO VII

### CONVENIO DE LA HAYA, DE 21 DE DICIEMBRE DE 1904, RELATIVO A LOS BARCOS HOSPITALES.

Considerando que el Convenio concluido en La Haya el 29 de julio de 1899 para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864, ha consagrado el principio de la intervención de la Cruz Roja en las guerras navales a través de disposiciones a favor de los buques hospitales;

Deseando concluir un convenio con la finalidad de facilitar mediante nuevas disposiciones la misión de tales buques;

Han nombrado como plenipotenciarios, a saber (...), los cuales, después de haberse comunicado sus plenos poderes, hallados en buena y debida forma, han convenido lo que sigue:

Artículo 1. Los buques hospitales respecto a los cuales se hallen cumplidas las disposiciones prescritas en los artículos 1, 2 y 3 del Convenio concluido en La Haya el 29 de julio de 1899, para la adaptación a la guerra marítima de los principios del Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864, serán eximidos en tiempo de guerra, en los puertos de las partes contratantes, de todos los derechos y tasas impuestos a los buques en provecho del Estado.

Artículo 2. La disposición del artículo precedente no impide la aplicación, por medio de la visita y otras formalidades, de las leyes fiscales o de otras leyes en vigor en los puertos.

Artículo 3. La regla contenida en el artículo 1 no es obligatoria más que para las potencias contratantes en caso de guerra entre dos o varias de ellas.

Dicha regla cesará de ser obligatoria desde el momento en que en una guerra entre las potencias contratantes, una potencia no contratante se uniera a una de las beligerantes.

Artículo 4. El presente Convenio, que, llevando fecha de hoy, podrá ser firmado hasta el 1º de octubre de 1905 por las potencias que hayan manifestado el deseo de hacerlo, será ratificado en el más breve plazo posible.

Las ratificaciones serán depositadas en La Haya. Se extenderá un acta del depósito de las ratificaciones y se remitirá una copia legalizada de ella, después de cada depósito, por vía diplomática, a todas las Potencias contratantes.

Artículo 5. Las potencias no signatarias serán admitidas a adherirse al presente Convenio después del 1º de octubre de 1905.

A este efecto, deberán hacer conocer su adhesión a las Potencias contratantes por medio de una comunicación escrita, dirigida al Gobierno de los Países Bajos y

comunicada por éste a todas las demás Potencias contratantes.

Artículo 6. Si una de las altas partes contratantes denunciase el presente Convenio, dicha denuncia sólo produciría sus efectos un año después de la notificación hecha por escrito al Gobierno de los Países Bajos y de ser comunicada inmediatamente por éste a todas las demás Potencias contratantes. Esta denuncia solamente producirá sus efectos respecto a la Potencia que la haya notificado.

**Estados partes:**

Alemania, Austria, Bélgica, China, Corea, Cuba, Dinamarca, Dantzig, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Guatemala, Hungría, Irán, Italia, Japón, Luxemburgo, Méjico, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Perú, Polonia, Portugal, Rumanía, Rusia, Suecia, Suiza, Tailandia y Turquía.

Se debe señalar que aunque España es parte en este Convenio, en nuestro país nunca se ha procedido a su publicación oficial.

**ANEXO VIII.**

**X CONVENIO DE LA HAYA DE 18 DE OCTUBRE DE 1907,  
PARA APLICAR A LA GUERRA MARÍTIMA LOS PRINCIPIOS  
DEL CONVENIO DE GINEBRA.**

Igualmente animados del deseo de aminorar, en cuando de ellos dependa, los males inseparables de la guerra;

Y queriendo, con este objeto, aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra de 6 de junio de 1906.

Han resuelto celebrar un Convenio al efecto de revisar el Convenio de 29 de julio de 1899, relativo al mismo asunto, y han nombrado por sus Plenipotenciarios, Los cuales, después de haber depositado sus plenos poderes, hallados en buena y debida forma, han convenido en las disposiciones siguientes:

Artículo 1. Los barcos hospitales militares, es decir, los barcos contruidos o adaptados por los Estados especial y únicamente para socorrer a los heridos, enfermos y náufragos, y cuyos nombres hubiesen sido comunicados a las Potencias beligerantes al empezar las hostilidades o durante el curso de éstas, y en todo caso antes de haberlos utilizado, serán respetados y no podrán apresarse durante el período de hostilidades.

Dichos buques no estarán tampoco asimilados a los de guerra en lo que respecta a su permanencia en un puerto neutral.

Artículo 2. Los buques hospitales equipados total o parcialmente a expensas de particulares o de Sociedades de socorro oficialmente reconocidas, serán igualmente

respetados y no podrán ser apresados si la Potencia beligerante de la cual dependen les hubiese dado una comisión oficial y hubiese notificado sus nombres a la Potencia enemiga al comienzo o durante el curso de las hostilidades, y en todo caso antes de que hayan sido puestos en servicio.

Dichos barcos deberán llevar un documento en el cual declare la Autoridad competente que han estado sometidos a una inspección durante su armamento y a su partida.

Artículo 3. Los barcos hospitales equipados en todo o en parte a expensas de particulares o de sociedades oficialmente reconocidas de países neutrales, serán respetados y exceptuados de captura, a condición de que se hayan puesto bajo la dirección de uno de los beligerantes con el asentimiento previo de su propio Gobierno y con autorización del beligerante mismo y de que este último haya notificado el nombre a su adversario al comienzo o durante el curso de las hostilidades y siempre antes de que hubieran sido puestos en servicio.

Artículo 4. Los barcos mencionados en los artículos 1, 2 y 3 prestarán socorro y asistencia a los heridos, enfermos y náufragos de los beligerantes sin distinción de nacionalidad.

Los Gobiernos se comprometen a no utilizar estos barcos para ningún fin militar.

Estos barcos no deberán molestar en modo alguno los movimientos de los combatientes. Durante el combate y después de él, procederán a su riesgo.

Los beligerantes tendrán sobre ellos el derecho de inspección y de visita, podrán rehusar su concurso, exigirles que se alejen, imponerles una dirección determinada y poner a su bordo un Comisario, y hasta detenerlos, si la gravedad de las circunstancias lo exigiera.

En cuanto sea posible, los beligerantes anotarán en el diario de a bordo de los barcos hospitales las órdenes que les den.

Artículo 5. Los barcos hospitales militares se distinguirán por la pintura exterior blanca con una banda horizontal verde de un metro y medio próximamente de ancho.

Los barcos mencionados en los artículos 2 y 3, se distinguirán por su pintura exterior, blanca con una banda horizontal roja de un metro y medio de ancho próximamente. Las lanchas de estos barcos, así como las pequeñas embarcaciones afectas al servicio hospitalario, se distinguirán por una pintura análoga.

Todos los barcos hospitales se darán a conocer izando con su pabellón nacional el blanco con cruz roja establecido por el Convenio de Ginebra, y además, si pertenecen a un Estado neutral, arbolando en el palo mayor el pabellón

nacional del beligerante de que dependan.

Los barcos hospitales que a tenor del artículo 4 sean detenidos por el enemigo habrán de arribar al pabellón nacional del beligerante de quien dependan.

Los barcos y lanchas arriba mencionados que quieran asegurarse durante la noche el respeto al que tienen derecho, han de tomar, con asentimiento del beligerante que los acompañe, las medidas necesarias para que la pintura que los caracteriza sea suficientemente visible.

Artículo 6. Los signos distintivos previstos en el artículo 5 sólo podrán emplearse, tanto en tiempo de paz como de guerra, para proteger y designar los barcos mencionados.

Artículo 7. En el caso de combate a bordo de un buque de guerra, las enfermerías serán respetadas y tratadas con el cuidado posible.

Estas enfermerías y su material estarán sometidas a las leyes de la guerra, pero no podrán ser distraídas de su empleo en cuanto sean de necesidad para los heridos y los enfermos.

Sin embargo, el Comandante que los tenga en su poder está facultado para disponer de ellos en caso de necesidad militar importante, asegurando previamente la suerte de los heridos y enfermos que haya.

Artículo 8. La protección debida a los barcos hospitales y a las enfermerías de los buques cesa si se emplean en cometer actos molestos para el enemigo.

No se considera justificativo de la retirada de la protección el hecho de que el personal de estos barcos y enfermerías esté armado para el mantenimiento del orden y para la defensa de los heridos o enfermos, así como el de que exista a bordo una instalación radiotelegráfica.

Artículo 9. Los beligerantes podrán apelar al caritativo celo de los Capitanes de barcos mercantes y de recreo o de embarcaciones neutrales para admitir a bordo y asistir a heridos y enfermos.

Los barcos que hubiesen respondido a esta petición, así como los que espontáneamente hubiesen recogido heridos, enfermos o náufragos, gozarán de una protección especial y de ciertas inmunidades. En ningún caso podrán ser capturados por el hecho del transporte; pero, salvo las promesas que se les hubieran hecho, quedarán expuestos a captura por las violaciones de neutralidad que pudieran haber cometido.

Artículo 10. El personal religioso, médico y de enfermeros de todo barco capturado es inviolable y no puede ser hecho prisionero de guerra. Al dejar el barco se llevará los objetos e instrumentos de cirugía que sean de su propiedad particular.

Dicho personal continuará desempeñando sus funciones



mientras sea necesario, y podrá retirarse cuando el Comandante en Jefe lo juzgue posible.

Los beligerantes deberán asegurar a este personal caído en su poder las mismas concesiones y el mismo sueldo que al personal de los mismos grados de su propia marina.

Artículo 11. Los marinos militares embarcados y las demás personas oficialmente agregadas a las marinas y a los ejércitos, heridos o enfermos, sea cual fuese su nacionalidad, serán respetados y cuidados por los que los hayan capturado.

Artículo 12. Todo buque de guerra de una de las partes beligerantes podrá reclamar la entrega de los heridos, enfermos, o náufragos que haya a bordo de barcos hospitales militares, de barcos hospitalarios de sociedad de socorro o de particulares, de barcos mercantes y de recreo y de lanchas, sea cual fuese la nacionalidad de dichos barcos.

Artículo 13. Si los heridos, enfermos o náufragos son recogidos a bordo de un buque de guerra neutral, se deberá cuidar, en lo posible, de que no puedan volver a tomar de nuevo parte en las operaciones de la guerra.

Artículo 14. Son prisioneros de guerra los náufragos, heridos o enfermos de un beligerante que caen en poder del otro. A éste corresponde decidir, según las circunstancias, si le conviene conservarlos en su poder, enviarlos a un puerto de su nación, a uno neutra o hasta a uno de su adversario. En este último caso, los prisioneros devueltos así a su país no podrán volver a servir mientras dure la guerra.

Artículo 15. Los náufragos, heridos o enfermos que sean desembarcados en un puerto neutral, con consentimiento de la autoridad local, deberán, a menos de acuerdo en contrario del Estado neutral con los Estados beligerantes, ser guardados por el Estado neutral de modo que no puedan volver a tomar de nuevo parte en las operaciones de la guerra.

Los gastos de manutención y de internamiento serán sufragados por el Estado a que pertenezcan los náufragos, heridos o enfermos.

Artículo 16. Después de cada combate ambas Partes beligerantes adoptarán las medidas compatibles con los intereses militares para buscar los náufragos, heridos y enfermos y para hacerlos proteger, así como los muertos, contra el pillaje y los malos tratos.

Cuidarán de que la inhumación, inmersión o incineración de los muertos sea precedida de un examen escrupuloso de sus cadáveres.

Artículo 17. Cada beligerante enviará, en cuanto sea posible, a las Autoridades de su país, de su Marina o de su Ejército, las marcas o piezas militares de identificación

encontradas sobre los muertos, y relación normal de los heridos o enfermos recogidos por él.

Los beligerantes se tendrán recíprocamente al corriente de los internamientos y cambios, así como de los ingresos en los hospitales y de los fallecimientos ocurridos entre los heridos y enfermos que estén en su poder. Recogerán todos los objetos de uso personal, valores, cartas, etc., que se encuentren en los buques capturados o que dejen los heridos o enfermos muertos en los hospitales, a fin de hacerlos transmitir a los interesados por las Autoridades de su país.

Artículo 18. Las disposiciones del presente Convenio no son aplicables más que entre las Potencias contratantes, y solamente si todos los beligerantes son parte en el Convenio.

Artículo 19. Los Comandantes en Jefe de las escuadras de los beligerantes proveerán acerca de los detalles de ejecución de los artículos precedentes, así como en los casos no previstos, según las instrucciones de sus respectivos Gobiernos y conforme a los principios generales del presente Convenio.

Artículo 20. Las Potencias signatarias adoptarán las medidas necesarias a fin de informar a sus marinas, y especialmente al personal protegido, de las disposiciones del presente Convenio, y para hacerlo llegar a conocimiento de sus ciudadanos.

Artículo 21. Las Potencias signatarias se obligan igualmente a adoptar o proponer a sus órganos legislativos, en caso de insuficiencia de sus leyes penales, las medidas necesarias para reprimir en tiempo de guerra los actos individuales de pillaje y de malos tratos a heridos y enfermos de las marinas, así como penar, en concepto de usurpación de insignias militares, el uso indebido de los signos distintivos designados en el artículo 5 por barcos no protegidos por el presente Convenio.

Se comunicarán, por mediación del Gobierno de los Países Bajos, las disposiciones relativas a esta represión, a más tardar dentro de los cinco años siguientes a la ratificación del presente Convenio.

Artículo 22. En caso de operaciones de guerra entre fuerzas terrestres y marítimas de los beligerantes, las disposiciones del presente Convenio sólo serán aplicables a las fuerzas embarcadas.

Artículo 23. El presente Convenio será ratificado tan pronto como sea posible.

Las ratificaciones se depositarán en La Haya.

El primer depósito de ratificaciones se hará constar por acta firmada por los Representantes de las Potencias que en él concurren y por el Ministerio de Negocios Extranjeros de los Países Bajos.

Los depósitos ulteriores de ratificaciones se verificarán mediante notificación escrita, dirigida al Gobierno de los Países Bajos y acompañada del instrumento de ratificación.

El Gobierno de los Países Bajos remitirá inmediatamente, por la vía diplomática, a las Potencias invitadas a la Segunda Conferencia de la Paz, así como a las demás Potencias que se hubiesen adherido al Convenio, copia certificada conforme del acta relativa al primer depósito de ratificaciones, de las notificaciones mencionadas en el párrafo precedente y de los instrumentos de ratificación. En los casos previstos en el párrafo precedente, dicho Gobierno los hará saber al mismo tiempo la fecha en que hubiese recibido la notificación.

Artículo 24. Las Potencias no signatarias que hayan aceptado el Convenio de Ginebra de 6 de julio de 1906, serán admitidas a adherirse al presente Convenio.

La Potencia que desee adherirse notificará por escrito su intención al Gobierno de los Países Bajos, remitiéndole el acta de adhesión, que será depositada en los Archivos de dicho Gobierno.

Este Gobierno transmitirá inmediatamente a todas las demás Potencias invitadas a la Segunda Conferencia de la Paz, copia certificada conforme de la notificación, así como del acta de adhesión, indicando la fecha en que haya recibido la notificación.

Artículo 25. El presente Convenio, debidamente ratificado, reemplazará en las relaciones entre las Potencias contratantes al Convenio de 29 de julio de 1899 para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra.

El Convenio de 1899 queda en vigor en las relaciones entre las Potencias que lo han firmado y no ratifiquen igualmente el presente Convenio.

Artículo 26. El presente Convenio surtirá efecto, para las Potencias que hayan tomado parte en el primer depósito de ratificaciones, sesenta días después de la fecha del acta de este depósito, y para las Potencias que ratifiquen ulteriormente o que se adhieran, sesenta días después de que la notificación de su ratificación o de su adhesión haya sido recibida por el Gobierno de los Países Bajos.

Artículo 27. Si llegara el caso que una de las Potencias contratantes quisiera denunciar el presente Convenio, la denuncia será notificada por escrito al Gobierno de los

Países Bajos, quien remitirá inmediatamente copia certificada conforme de la notificación a todas las demás Potencias, haciéndoles saber la fecha en la cual la hubiese recibido.

La denuncia surtirá sus efectos solamente respecto de la Potencia que la hubiese notificado y un año después de que la notificación haya llegado al Gobierno de los Países Bajos.

Artículo 28. Un registro llevado en el Ministerio de Negocios Extranjeros de los Países Bajos indicará la fecha del depósito de ratificaciones efectuado en virtud del artículo 23, apartados 3 y 4, así como la fecha en que se hubiesen recibido las notificaciones de adhesión (artículo 24, apartado 2) o de denuncia (artículo 27, párrafo 1).

Hecho en La Haya, a 18 de octubre de 1907.

Los Estados partes son: Alemania, Austria-Hungría, Belarús, Bélgica, Bolivia, Brasil, China, Cuba, Dinamarca, El Salvador, España, Estados Unidos, Etiopía, Finlandia, Francia, Guatemala, Haití, Italia, Japón, Letonia, Luxemburgo, Méjico, Nicaragua, Noruega, Panamá, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumanía, Rusia, Suecia, Suiza y Tailandia.

## **ANEXO IX**

**PROYECTO PREPARADO POR EL CICR CON MOTIVO DE LA SOLICITUD PLANTEADA POR EL GOBIERNO FRANCÉS EN LA ANTERIOR XI CFICR DE 1923 A PRESENTAR EN LA XII CFICR DE 1925, SOBRE:**

**"CONVENCIÓN ADICIONAL A LA CONVENCIÓN DE GINEBRA DE 1906 Y A LA DE LA HAYA DE 1907 PARA LA ADAPTACIÓN A LA GUERRA MARÍTIMA DE LOS PRINCIPIOS DE LA CONVENCIÓN DE GINEBRA"**

### *1. Heridos y enfermos*

#### *1.1.*

Son aplicables a la guerra aérea todas las prescripciones de la Convención de 1906 y de la X Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907 que puedan serles aplicables, y que no sean modificables por las disposiciones siguientes, - sobre todo respecto a las medidas de protección y de respeto de los heridos, enfermos y náufragos, las garantías

otorgadas al personal sanitario y para el material del mismo tipo, junto con las disposiciones relativas al empleo del nombre y del signo de la cruz roja, las medidas de aplicación y la ejecución de la convención (Ginebra, art. 1 a 5, 18 a 23, 24 a 26; La Haya, art. 4 a 6, 16, 17, 19, 20).

1.2.

Las formaciones sanitarias del servicio de la aviación serán englobadas en el servicio de sanidad de la armada.

1.3.

Serán como tales respetadas y protegidas por los beligerantes (Ginebra, art. 6).

1.4.

Los gobiernos se comprometen a no utilizar estas formaciones para ningún fin militar.

Las aeronaves sanitarias no deberán impedir de ninguna forma los movimientos de los combatientes.

Antes y durante el combate, actuarán por su cuenta y riesgo (La Haya, art. 4, apartados 2, 3, 4).

1.5.

La protección debida a estas formaciones desaparece cuando se cometan actos perjudiciales para el enemigo.

No se considera que sea de la naturaleza para privar a la formación de la protección prevista, el hecho de que su personal esté armado para el mantenimiento del orden y para la defensa de los heridos y enfermos, ni tampoco por que se encuentren a bordo aparatos de telégrafo (Ginebra, art. 7, 8, La Haya, art. 8).

1.6.

Las aeronaves sanitarias, es decir, aquellas que hayan sido equipadas o construidas especial y únicamente con vistas a prestar auxilio a los heridos, enfermos y náufragos, y cuyos nombres hayan sido comunicados a los beligerantes, en la apertura o en el transcurso de las hostilidades, y en todo caso antes de que se haya procedido a su empleo efectivo, serán respetadas y no podrán ser capturadas durante la duración de las hostilidades.

Las aeronaves sanitarias no serán asimiladas a las aeronaves de guerra desde el punto de vista de su aterrizaje en un campo de aviación neutral (La Haya, art. 1).

Las dos primeras líneas de este artículo serán aplicables a las aeronaves sanitarias equipadas en su totalidad o en parte por medio de sufragios de particulares o de

sociedades de auxilio oficialmente reconocidas por los beligerantes o de países neutrales, a condición de que no hayan sido puestas

bajo la dirección de uno de los beligerantes, con el asentimiento previo de su propio gobierno para los que recurran a otro Estado (La Haya, art. 2 y 3).

#### 1.7

Los beligerantes tendrán el derecho de control y de visita sobre las aeronaves sanitarias enemigas o neutrales; podrán rehusar su concurso, pedirles que se alejen, imponerles una dirección determinada; incluso detenerlas si la gravedad de las circunstancias así lo exigiese (La Haya art. 4, línea 5).

#### 1.8

El personal que esté exclusivamente afectado al transporte y cuidado de los heridos, enfermos o náufragos así como los pilotos que estén asignados a las aeronaves previstas en el artículo 6, serán protegidos y respetados en cualquier circunstancia (Ginebra, art. 9, 10, 11; La Haya, art. 10).

#### 1.9

Este personal continuará, una vez que haya caído en poder del enemigo, desempeñando de manera momentánea sus funciones bajo su dirección.

Queda exento de captura y no podrá ser retenido.

Deberá ser enviado a la autoridad militar a la que pertenezca, desde el momento en el que exista una vía abierta para su retorno y siempre que las exigencias militares lo permitan.

Entretanto, el personal médico deberá ser afectado preferentemente al cuidado de los heridos y enfermos que tengan su misma nacionalidad.

Cuando partan, podrán portar los efectos, instrumentos y las armas que sean de su propiedad particular (Ginebra, art. 12; La Haya, art. 10).

#### 1.10

Los beligerantes asegurarán a su personal, durante el periodo en que se encuentre en su poder, el mismo sueldo, alojamiento y mantenimiento que correspondiese al personal de sus propias aeronaves sanitarias (Ginebra, art. 13).

### 1.11

Las aeronaves sanitarias conservarán, si cayesen en poder del enemigo, la propiedad sobre su material.

Ni podrán ser capturadas ni desafectadas.

Su restitución tendrá lugar en las condiciones previstas para el personal sanitario, y en la medida que fuese posible, al mismo tiempo que esté.

La autoridad militar competente tendrá la facultad de requisar el material sanitario para el cuidado de los heridos y enfermos.

Esta requisa de material sanitario queda subordinada a la urgencia del tratamiento, a la utilización in situ y a su restitución una vez que ya no fuese indispensable (Ginebra, art. 14-17; La Haya, art. 7.2).

## III. *El signo distintivo*

### 1.12

Junto a las reglas generales previstas en los artículos 18 a 23, 24 a 26 de la Convención de Ginebra de 1906 (6 y 11 de la Convención de la Haya de 1907) y a las que se somete también su personal, las aeronaves sanitarias deberán estar pintadas de blanco y llevar y bajo las alas cruces rojas que sean claramente visibles para las fuerzas terrestres aéreas y marítimas.

La aeronave que pertenezca a un Estado neutral no enarbolará, junto a la cruz roja, la bandera con los colores del beligerante al que esté asistiendo.

En caso de captura y en tanto en cuanto dure la detención, sólo podrá enarbolar la bandera con la cruz roja. (Ginebra art. 21 y 22, La Haya art. 5.5).

## IV. *Ejecución de la Convención*

### 1.13

Las reglas generales previstas en los artículos 24-26 de la Convención de Ginebra (La Haya, 19 y 20) son aplicables a la presente convención complementaria.

### 1.14

Los Estados signatarios fijarán, por vía reglamentaria, un tipo uniforme, en la medida en que sea posible, de avión sanitario, en todo caso a la accesibilidad de las camillas y al modo de suspensión.

#### 1.15

Tendrán libertad para poder prescribir, por vía igualmente reglamentaria, el carácter neutral de ciertos lugares de aterrizaje.

#### *V. Disposiciones finales*

#### 1.16

Las prescripciones de la Convención de Ginebra relativas a la represión del abuso y de la infracción (art. 27, 28 y art. 21 de la Convención de la Haya) serán aplicables a la presente Convención; las legislaciones nacionales deberán ser completadas si no fuesen ya suficientes para asegurar la protección de las aeronaves sanitarias.

Los Estados que sean parte de la Sociedad de Naciones podrán referir los casos litigiosos al Tribunal permanente de Justicia internacional, cuyas decisiones serán ejecutorias en su territorio.

#### 1.17

En cuanto a la ratificación, la entrada en vigor y la denuncia de la presente Convención, las disposiciones de los arts. 29 y 39, 32 y 33 de la Convención de Ginebra les serán de aplicación.

#### 1.18

En tiempo de paz deberán otorgarse todas las facilidades a las aeronaves sanitarias para poder traspasar las fronteras de los Estados signatarios con vistas a poder prestar auxilio a heridos y enfermos.

Llegados al final de este esbozo, reconocemos su insuficiencia. Hemos hablado de la armonización: nuestro proyecto no es más que un intento. La construcción definitiva pertenecerá a los arquitectos pertinentes de todas las naciones. Nos basta con que nuestro esbozo haya podido marcar el lugar desde el cual el edificio se debe empezar a construir.

### **ANEXO X**

### **CONVENIO DE GINEBRA DE 1929 DISPOSICIONES DE APLICACIÓN**

#### **CAPÍTULO V.**

#### **DE LOS TRANSPORTES SANITARIOS.**

Artículo 17. Los vehículos acondicionados para las evacuaciones sanitarias que circulen aisladamente o en convoy serán tratados por los equipos sanitarios móviles, salvo las disposiciones especiales siguientes:



El beligerante que intercepte vehículos de transporte sanitarios aislados o en convoy podrá, si las necesidades militares lo exigen, detenerlos, dislocar el convoy, encargándose, en todos los casos, de los heridos y de los enfermos que contenga. No podrá utilizarlos más que en el sector donde hayan sido interceptados y exclusivamente para necesidades sanitarias. Dichos vehículos, una vez terminada su misión local, deberán ser devueltos en las mismas condiciones previstas en el artículo 14.

El personal militar encargado del transporte y provisto a este efecto de una orden en regla, será devuelto, en las condiciones previstas en el artículo 12 para el personal sanitario, y a reserva del último párrafo del artículo 18.

Todos los medios de transporte especialmente organizados para las evacuaciones y el material de acondicionamiento de dichos medios transporte dependientes del servicio de sanidad se restituirán de conformidad con las disposiciones del Capítulo IV.

Los demás medios militares de transporte que no sean del servicio sanitario podrán ser capturados con sus atalajes.

El personal civil y todos los medios de transporte procedentes de requisas estarán sometidos a las reglas generales del derecho de gentes.

Artículo 18. Los aparatos aéreos utilizados como medios de transporte sanitarios gozarán de la protección del Convenio durante el tiempo que estén exclusivamente reservados a la evacuación de los heridos y enfermos y al transporte del personal y del material sanitarios.

Estarán pintados de blanco y llevarán ostensiblemente la señal distintiva prevista en el artículo 19, al lado de los colores nacionales, sobre sus caras inferior y superior.

Salvo licencia especial y expresa, se prohíbe el vuelo sobre la línea de fuego y zona situada delante de los grandes puestos sanitarios de distribución, así como de una manera general el vuelo sobre todo territorio enemigo u ocupado por el enemigo.

Los aparatos sanitarios aéreos deberán obedecer a toda intimación del aterrizaje.

En caso de aterrizaje, tanto impuesto como fortuito, en territorio enemigo u ocupado por el enemigo, los heridos y enfermos, lo mismo que el personal y el material sanitario,

incluso el aparato aéreo, gozarán de los beneficios de las disposiciones del presente Convenio.

El piloto, los mecánicos y los operadores de telegrafía sin hilos (TSH) capturados serán devueltos, a condición de que no sean ya utilizados hasta el fin de las hostilidades más que en el servicio sanitario.

## **CAPÍTULO VI. DE LA SEÑAL DISTINTIVA.**

Artículo 19. Como homenaje a Suiza, se mantiene el signo heráldico de la Cruz Roja sobre fondo blanco formado por la inversión de los colores federales, como emblema y señal distintiva del servicio sanitario de los Ejércitos.

Sin embargo, para los países que empleen ya, en lugar de la cruz roja, la media luna roja o el león y el sol rojos sobre el fondo blanco como señal distintiva, se admiten igualmente dichos emblemas a los fines del presente Convenio.

## **ANEXO XI PROYECTO DE CONVENCIÓN ADICIONAL A LA CONVENCIÓN DE GINEBRA DE 1929 Y AL DE LA HAYA DE 1907 PARA LA ADAPTACIÓN A LA GUERRA AÉREA DE LOS PRINCIPIOS DE LA CONVENCIÓN DE GINEBRA**

### **I**

Heridos y enfermos

1.- A la guerra aérea son de aplicación todas las prescripciones de las Convenciones de Ginebra de 1929 y de La Haya del 18 de octubre de 1907 que puedan serle de aplicación y que no hayan sido modificadas por las disposiciones siguientes -especialmente las medidas de respeto y de protección para los heridos, enfermos y náufragos, las garantías otorgadas al personal sanitario y las seguridades acordadas para el material sanitario, junto con las disposiciones relativas al empleo del signo distintivo, las medidas de aplicación y de ejecución de estas Convenciones.

### **II**

Aparatos sanitarios aéreos. Personal y material

2.- Las formaciones sanitarias de la aviación serán asignadas a los servicios de sanidad.

3.- Como tales, serán respetadas y protegidas por los beligerantes, durante el tiempo en que estén reservadas exclusivamente a la evacuación de los heridos y de los

enfermos y al transporte del personal y material sanitarios, y en la medida en que no estén dotadas de aparatos fotográficos.

4.-Los gobiernos se comprometen a utilizar estos aparatos sin ningún fin militar.

Salvo que se conceda un permiso especial o expreso, quedará prohibido el sobrevuelo de la línea de fuego y de la zona situada delante de los grandes puestos médicos de selección, así como de una manera general, de cualquier territorio enemigo u ocupado por el enemigo.

5.- La protección debida a estas formaciones cesa si se utilizase por alguna de las partes para la comisión de actos perjudiciales para el enemigo.

No se entiende que puedan ser considerados como causantes de la pérdida de protección prevista a una formación:

- 1) el hecho de que el personal esté armado y de que utilice sus armas para su propia defensa o la de los heridos y enfermos;
- 2) el hecho de que a falta de enfermeros armados, el aparato en tierra esté custodiado por un piquete de centinelas;
- 3) el hecho de que se encuentren en el aparato armas ligeras o munición que haya sido retirada a los heridos y a los enfermos y que todavía no hayan sido entregadas al servicio competente.

6.-Los aparatos sanitarios aéreos, es decir, aquellos que estén pintados de blanco y que porten de manera ostensible el signo distintivo previsto en el artículo 12, junto con los colores nacionales, serán respetados y no podrán ser capturados durante el tiempo en que hayan sido exclusivamente reservados a la evacuación de los enfermos y de los heridos y al transporte del personal y del material sanitarios.

Los aparatos sanitarios aéreos no serán asimilados a los aviones de guerra, desde el punto de vista del aterrizaje en un campo de aviación neutral.

Las dos primeras frases de este artículo serán aplicables a los aparatos sanitarios aéreos equipados en parte o en su totalidad por las sociedades de socorro de los beligerantes o de los Estados neutrales que hayan sido así reconocidos oficialmente, en las condiciones previstas en los artículos 10 y 11 de la Convención de Ginebra de 1929.

7.-Los beligerantes tendrán el derecho de control y de visita sobre todos los aparatos sanitarios aéreos; podrán rehusar su concurso, pedirles que aterricen o que se alejen, imponerles una dirección determinada, incluso detenerles si la gravedad de las circunstancias así lo exigiese.

En caso de aterrizaje así impuesto o fortuito sobre el territorio enemigo u ocupado por el mismo, los heridos y

enfermos, junto con el personal y el material sanitarios - inclusive el aparato aéreo- permanecerán bajo el beneficio de las disposiciones de la presente Convención-

8.-El personal que esté exclusivamente afectado al transporte y tratamiento de los heridos, enfermos y náufragos así como a la administración de formaciones y de establecimientos sanitarios será respetado y protegido en cualquier circunstancia.

9.-Las personas designadas en el artículo precedente si cayesen en manos del enemigo no serán tratadas como prisioneros de guerra; no podrán ser retenidas.

Salvo acuerdo en contrario y sujeto a las disposiciones de la última línea del presente artículo, serán reenviadas al beligerante del que dependiesen desde el momento en el que se abra una vía para su devolución, y siempre que las exigencias militares lo permitan.

Durante la espera de su devolución continuarán cumpliendo sus funciones bajo la dirección de la parte contraria, serán afectados prioritariamente al cuidado de los heridos y enfermos de la parte beligerante a la que pertenezcan.

Cuando sean devueltos podrán llevarse los efectos, instrumentos y armas que les pertenezcan.

Sin embargo, los pilotos y los operadores de TSJ no podrán ser devueltos salvo a condición de que no sean utilizados - hasta el fin de las hostilidades- más que en el servicio sanitario.

10.-Los beligerantes asegurarán a este personal, durante el tiempo en que permanezcan en su poder, el mismo trato, alojamiento y misma soldada que corresponda a su personal propio.

Desde el comienzo de las hostilidades, se atenderá la correspondencia de este personal.

11.-Los aparatos sanitarios aéreos conservarán, si cayesen en poder de la parte contraria, la propiedad de su material.

Ni podrán ser capturados ni desafectados.

Su restitución tendrá lugar de acuerdo a las condiciones previstas para el personal sanitario y, en la medida que sea posible, al mismo tiempo que el mismo.

La autoridad militar competente tendrá la facultad de poder requisar el material sanitario para el cuidado de los enfermos y heridos. Este derecho de requisa no podrá ser ejercido sobre el material de las sociedades de socorro puestas bajo el beneficio de la Convención más que en caso de urgente necesidad y una vez que se haya asegurado la suerte de los heridos y enfermos.

La restitución tendrá lugar de acuerdo a las condiciones previstas para el personal sanitario, y en la medida en que sea posible, al mismo tiempo.

### III

#### Del signo distintivo

12.-Junto a las reglas generales previstas en los artículos 19 a 22 de la Convención de Ginebra de 1929 (6 y 21 de la Convención de La Haya de 1907) y a las que estas se someten, tanto el personal como los aparatos sanitarios aéreos deberán estar pintados de blanco y portar de manera ostensible el signo distintivo previsto en el artículo 19 de la Convención de 1929, junto con los colores nacionales, tanto en sus superficie superior como inferior.

El aparato que perteneciendo a un país neutral y que haya sido, en las condiciones previstas en la última línea del artículo 6, autorizado para prestar sus servicios, deberá enarbolar junto con la bandera de la Convención, la bandera nacional del beligerante al que preste su asistencia. Tendrá el derecho, en la medida en que preste sus servicios a un beligerante, de enarbolar también su pabellón nacional. Sin embargo, el aparato que caiga en poder del enemigo sólo podrá enarbolar la bandera de la Convención durante el tiempo en que se encuentre en esta circunstancia.

### IV

#### Ejecución de la Convención

13.-Las reglas generales previstas en los artículos 25 a 27 de la Convención de 1929 (La Haya, 19 y 20) serán aplicables a la presente Convención adicional.

14.-Los Estados contratantes fijarán, por vía reglamentaria, un tipo uniforme en lo que concierne al galibo de las camillas y a su medio de suspensión.

15.-Quedarán libres para poder decretar reglamentariamente el carácter neutral de algunos lugares de aterrizaje.

### V

#### Disposiciones Finales

16.-Las prescripciones de la Convención de 1929 relativas a la represión del abuso y de las infracciones (arts. 28 a 30, y art. 21 de la Convención de La Haya) serán aplicables a la presente Convención.

Deberán completarse las legislaciones nacionales, si fuesen todavía insuficientes, para asegurar la protección de los aparatos sanitarios aéreos.

Los Estados que formen parte de la Sociedad de naciones podrán diferir los casos litigiosos a la Corte permanente de Justicia internacional, cuyas decisiones serán ejecutivas en su territorio.

17.-En cuanto a la ratificación, la entrada en vigor y la denuncia de la presente Convención, serán de aplicación las disposiciones de los artículos 32, 33, 35, 36, 37, 38 y 39 de la Convención de 1928.

18.-En tiempo de paz, deberán ser otorgadas todas las facilidades a las aeronaves sanitarias para que puedan

traspasar rápidamente las fronteras de los Estados contratantes con vistas a prestar auxilio a los heridos y enfermos.

#### **ANEXO XIV**

### **PROYECTO DE PROTOCOLO ADICIONAL A LOS CONVENIOS DE GINEBRA DEL 12 DE AGOSTO DE 1949 RELATIVO A LA APROBACIÓN DE UN SIGNO DISTINTIVO ADICIONAL** **(Protocolo III)**

#### **Preámbulo**

Las Altas Partes Contratantes,

(PP1) Reafirmando las disposiciones de los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 (en particular los artículos 26, 38, 42 y 44 del I Convenio de Ginebra) y, cuando sea aplicable, sus Protocolos adicionales del 8 de junio de 1977 (en particular, los artículos 18 y 38 del Protocolo adicional I y el artículo 12 del Protocolo adicional II), por lo que respecta al uso de los signos distintivos;

(PP2) Deseando completar las disposiciones arriba mencionadas, a fin de potenciar su valor protector y carácter universal;

(PP3) Observando que el presente Protocolo no menoscaba el derecho reconocido de las Altas Partes Contratantes a continuar el uso de los emblemas que emplean de conformidad con las respectivas obligaciones contraídas en virtud de los Convenios de Ginebra y, cuando sea aplicable, sus Protocolos adicionales;

(PP4) Recordando que la obligación de respetar la vida de las personas y los bienes protegidos por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales dimana de la protección que se les otorga en el derecho internacional y no depende del uso de los emblemas, el signo o las señales distintivos;

(PP5) Poniendo de relieve que se supone que los signos distintivos no tienen connotación alguna de índole religiosa, étnica, racial, regional o política;

(PPG) Poniendo énfasis en la importancia de asegurar el pleno respeto de las obligaciones relativas a los signos distintivos reconocidos en los Convenios de Ginebra y, cuando sea aplicable, sus Protocolos adicionales;

(PP7) Recordando que en el artículo 44 del I Convenio de Ginebra se hace la distinción

entre el uso protector y el uso indicativo de los signos distintivos;

(PP8) Recordando además que las Sociedades Nacionales que emprenden actividades en el territorio de otro país deben cerciorarse de que los emblemas que tienen la intención de utilizar en el marco de dichas actividades pueden emplearse en el país donde se realice la actividad y en el país o los países de tránsito,

(PP9) Reconociendo las dificultades que pueden tener ciertos Estados y Sociedades Nacionales con el uso de los signos distintivos existentes,

(PP10) Observando la determinación del Comité Internacional de la Cruz Roja, de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de mantener sus denominaciones y emblemas actuales;

Convienen en lo siguiente:

#### **Artículo 1 - Respeto y ámbito de aplicación del presente Protocolo**

1. Las Altas Partes Contratantes se comprometen a respetar y hacer respetar el presente Protocolo en todas las circunstancias. **Emblema - 01.10.2003** 17/22

2. El presente Protocolo, en el que se reafirman y completan las disposiciones relativas a los signos distintivos de los cuatro Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 ("Convenios de Ginebra") y, cuando p sea aplicable, de sus dos Protocolos adicionales del 8 de junio de 1977 ("Protocolos adicionales de 1977") con relación a los signos distintivos a saber la cruz roja, la media luna roja y el león y sol rojos, se aplicará en las mismas circunstancias que esas disposiciones.

#### **Artículo 2 - Signos distintivos**

1. En el presente Protocolo se reconoce un signo distintivo adicional, además de los signos distintivos de los Convenios de Ginebra y para los mismos usos. Todos los signos distintivos tienen el mismo estatus.

2. Este signo distintivo adicional, conformado por un marco rojo cuadrado sobre fondo blanco, colocado sobre uno de sus vértices, se avendrá con la ilustración que figura en el Anexo al presente Protocolo. En el presente Protocolo se denomina este signo distintivo

como el "emblema del tercer Protocolo".

3. Las condiciones para el empleo y el respeto del emblema del tercer Protocolo son idénticas a las que son estipuladas para los signos distintivos en los Convenios de Ginebra y, cuando sea aplicable, en los Protocolos adicionales de 1977.

4. Los servicios sanitarios y el personal religioso de las fuerzas armadas de las Altas Partes Contratantes pueden emplear temporalmente cualquier signo distintivo mencionado en el párrafo 1 del presente artículo, sin perjuicio de sus emblemas usuales, si este empleo puede potenciar su protección.

### **Artículo 3 - Uso indicativo del emblema del tercer Protocolo**

1. Las Sociedades Nacionales de aquellas Altas Partes Contratantes que decidan emplear el emblema del tercer Protocolo, empleando el emblema de conformidad con la respectiva legislación nacional, podrán incorporar al mismo, con fines indicativos:

a) uno de los signos distintivos reconocidos en los Convenios de Ginebra o una combinación de esos emblemas, o

b) otro emblema que una Alta Parte Contratante haya empleado efectivamente y que haya sido objeto de una comunicación a las otras Altas Partes Contratantes y al Comité Internacional de la Cruz Roja a través del depositario antes de la aprobación del presente Protocolo. La incorporación deberá avenirse con la ilustración contenida en el Anexo al presente Protocolo.

2. La Sociedad Nacional que decida incorporar al emblema del tercer Protocolo otro emblema, de conformidad con el primer párrafo del presente artículo, podrá emplear, de conformidad con la respectiva legislación nacional, la denominación de ese emblema y ostentarlo en el territorio nacional.

3. Excepcionalmente, de conformidad con la respectiva legislación nacional y para facilitar su labor, las Sociedades Nacionales podrán hacer uso provisionalmente del signo distintivo mencionado en el artículo 2 del presente Protocolo.

4. El presente artículo no afecta al estatus jurídico de los signos distintivos reconocidos en los Convenios de Ginebra y en el presente Protocolo ni



tampoco al estatus jurídico de cualquier signo particular cuando se incorpore con fines indicativos, de conformidad con el primer párrafo del presente artículo.

**Artículo 4** - El Comité Internacional de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

El Comité Internacional de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, así como su personal debidamente autorizado, podrán emplear, en circunstancias excepcionales y para facilitar su labor, los signos distintivos mencionados en el artículo 2 del presente Protocolo.

**Artículo 5** - Misiones efectuadas bajo los auspicios de las Naciones Unidas

Los servicios sanitarios y el personal religioso que participen en operaciones auspiciadas por las Naciones Unidas podrán emplear, con el consentimiento de los Estados participantes, uno de los signos distintivos mencionados en los artículos 1 y 2

**Artículo 6** - Prevención y represión de empleos abusivos

1. Las disposiciones de los Convenios de Ginebra y, cuando sea aplicable de los Protocolos adicionales de 1977 que rigen la prevención y la represión de los empleos abusivos de los signos distintivos se aplicarán de manera idéntica al emblema del tercer Protocolo. En particular, las Altas Partes Contratantes tomarán las medidas necesarias para prevenir y reprimir, en todas las circunstancias, todo empleo abusivo de los signos distintivos mencionados en los artículos 1 y 2 y de sus denominaciones, incluidos el uso perverso y el empleo de cualquier signo o denominación que constituya una imitación de los mismos. 2. No obstante el párrafo primero del presente artículo, las Altas Partes Contratantes no podrán permitir a anteriores usuarios del emblema del tercer Protocolo -o de todo signo que constituya una imitación de éste- a que prosigan tal uso, debiendo entenderse que tal uso no se considerará, en tiempo de guerra, como tendente a conferir la protección de los Convenios de Ginebra y, cuando sea aplicable, de los Protocolos adicionales de 1977 y debiendo entenderse que los derechos a tal uso hayan sido adquiridos antes de la aprobación del presente Protocolo.

## **Artículo 7 - Difusión**

Las Altas Partes Contratantes se comprometen a difundir lo más ampliamente posible en el respectivo país, tanto en tiempo de paz como en tiempo de conflicto armado las disposiciones del presente Protocolo, y en particular a incorporar su enseñanza en los respectivos programas de instrucción militar y a alentar su enseñanza entre la población civil, para que los miembros de las fuerzas armadas y la población civil conozcan este instrumento.

## **Artículo 8 - Firma**

El presente Protocolo quedará abierto para la firma de las Partes en los Convenios de Ginebra el mismo día de su aprobación y seguirá abierto durante un período de doce meses.

## **Artículo 9 - Ratificación**

El presente Protocolo será ratificado lo antes posible. Los instrumentos de ratificación serán depositados ante el Consejo Federal Suizo, depositario de los Convenios de Ginebra y de los los Protocolos adicionales de 1977.

## **Artículo 10 - Adhesión**

El presente Protocolo quedará abierto a la adhesión de toda Parte en los Convenios de Ginebra no signataria de este Protocolo. Los instrumentos de adhesión se depositarán en poder del depositario.

## **Artículo 11 - Entrada en vigor.**

1. El presente Protocolo entrará en vigor seis meses después de que se hayan depositado dos instrumentos de ratificación o de adhesión.

2. Para cada Parte en los Convenios de Ginebra que lo ratifique o que se adhiera a él ulteriormente, el presente Protocolo entrará en vigor seis meses después de que dicha Parte haya depositado su instrumento de ratificación o de adhesión.

## **Artículo 12 - Relaciones convencionales a partir de la entrada en vigor del presente Protocolo**

1. Cuando las Partes en los Convenios de Ginebra sean también Partes en el presente Protocolo, los Convenios se aplicarán tal como quedan completados por éste.

2 Si una de las Partes en conflicto no está obligada por el presente Protocolo, las Partes en el presente Protocolo seguirán, no obstante, obligadas por él en sus relaciones reciprocas. También quedarán obligadas por el presente Protocolo en sus relaciones con dicha Parte si ésta acepta y aplica sus disposiciones.

### **Artículo 13 - Enmiendas**

1. Toda Alta Parte Contratante podrá proponer una o varias enmiendas al presente Protocolo. El texto de cualquier enmienda propuesta se comunicará al depositario, el cual, tras celebrar consultas con todas las Altas Partes Contratantes, con el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, decidirá si conviene convocar una conferencia para examinar la enmienda propuesta.

2. El depositario invitará a esa conferencia a las Altas Partes Contratantes y a las Partes en los Convenios de Ginebra, sean o no signatarias del presente Protocolo.

### **Artículo 14 - Denuncia**

1. En el caso de que una Alta Parte Contratante denuncie el presente Protocolo, la denuncia sólo

surtirá efecto un año después de haberse recibido el instrumento de denuncia. No obstante, si al expirar ese año la Parte denunciante se halla en una situación de conflicto armado o de ocupación, los efectos de la denuncia quedarán suspendidos hasta el final del conflicto armado o de la ocupación.

2. La denuncia se notificará por escrito al depositario. Este último la comunicará a todas las Altas Partes Contratantes.

3. La denuncia sólo surtirá efecto respecto de la Parte denunciante.

4. Ninguna denuncia presentada de conformidad con el párrafo 1 afectará a las obligaciones ya contraídas como consecuencia del conflicto armado en virtud del presente Protocolo por tal Parte denunciante, en relación con cualquier acto cometido antes de que dicha denuncia resulte efectiva.

### **Artículo 15 - Notificaciones**

El depositario informará a las Altas Partes Contratantes y a las Partes en los Convenios de Ginebra, sean o no signatarias del presente Protocolo, sobre:

- a) las firmas que consten en el presente Protocolo y el depósito de los instrumentos de ratificación y de adhesión, de conformidad con los artículos 8, 9 y 10;
- b) la fecha en que el presente Protocolo entre en vigor, de conformidad con el artículo 11 en un plazo de 10 días a partir de esa fecha;
- c) las comunicaciones notificadas de conformidad con el artículo 13;
- d) las denuncias notificadas de conformidad con el artículo 14.

#### **Artículo 16 - Registro**

1. Una vez haya entrado en vigor el presente Protocolo, el depositario lo transmitirá a la Secretaría de las Naciones Unidas con objeto de que se proceda a su registro, de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas

2 El depositario informará igualmente a la Secretaría de las Naciones Unidas de todas las ratificaciones, adhesiones y denuncias que reciba en relación con el presente Protocolo.

#### **Artículo 17 - Textos auténticos**

EL original del presente Protocolo, cuyos textos árabe, chino, español, francés inglés y ruso son igualmente auténticos se depositará en poder del depositario, el cual enviara copias certificadas conformes a todas las Partes en los Convenios de Ginebra.



# **BIBLIOGRAFÍA**

## **FUENTES PRIMARIAS**

### **1º) Resoluciones de las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja.**

- Conferencia Internacional de Ginebra de 22 al 27 de octubre de 1863, para la creación de la Cruz Roja Internacional.
- I Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1867 (Berlín).
- II Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1869 (París).
- III Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1884 (Ginebra).
- IV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1887 (Carlsruhe).
- V Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1892 (Roma).
- VI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1897 (Viena).
- VIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1907 (Londres).
- X Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1921 (Ginebra).
- XI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1923 (Ginebra).
- XII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1925 (Ginebra).
- XIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1928 (La Haya).
- XIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1930 (Bruselas).
- XV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1930 (Tokyo).
- XVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1938 (Londres).
- XVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1948 (Ginebra).
  - Informe sobre la actividad de la Fundación para la Organización de los Transportes de la Cruz Roja desde su constitución en abril de 1942 hasta diciembre de 1946.

- XX Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1965 (Viena).
- XXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1969 (Estambul).Informe del Comité Internacional de la Cruz Roja.
- XXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1973 (Teherán).
- XXIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1981 (Manila).
  - o Informe del CICR. Resolución VIII sobre identificación de los Medios de Transportes Sanitarios.
- XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1986 (Ginebra).
  - o Informe del CICR. Resolución III, Identificación de los Medios de Transportes Sanitarios, y Resolución VII para la reafirmación del Desarrollo del D.I.H. aplicable a los Conflictos Armados en el Mar.
- XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1995 (Ginebra).
  - o Informe elaborado por el CICR sobre la Comisión I. El DIH aplicable a los Conflictos Armados en el Mar. Identificación de los Medios de Transportes Sanitarios.
  - o Consejo de Delegados de 1997 (3-7 de diciembre de 1999).
- XXVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1999.
  - o Resolución del Consejo de Delegados de 1999 sobre el signo protector de la Cruz Roja y Media Luna Roja.
  - o Informe de la Comisión Permanente de la Cruz Roja y Media Luna Roja sobre el cumplimiento dado a la Resolución 3ª relativo al emblema, de 1 de octubre de 2003.
  - o Consejo de Delegados de 1999 y de 2001.
- XVIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 2003.
  - o Resolución para dar curso a la cuestión del emblema.
  - o Consejo de Delegados de la Cruz Roja y Media Luna Roja de 16 y 18 de noviembre de 2005.

## **2º) Resoluciones de las Conferencias Diplomáticas y Convenciones.**

- Conferencia Diplomática de 22 de agosto de 1864.
  - o Convención de Ginebra de 1864 para la suerte de los militares heridos en campaña.
- Conferencia Diplomática de 1868.
  - o Convención de 20 de octubre de 1868, para la aprobación de los Artículos Adicionales a la Convención de Ginebra del 22 de agosto de 1864.
- I Conferencia de la Paz de La Haya de 1899.
  - o III Convención de La Haya de 1899, sobre la adaptación de la guerra marítima a los principios de la Convención de Ginebra de 22 de agosto de 1864.

- Conferencia Diplomática de 1906.
  - Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906 para la mejora de la suerte de los Ejércitos en Campaña.
- II Conferencia de la Paz de 1907.
  - X Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907, para aplicar a la guerra marítima los principios de los Convenios de Ginebra.
- Conferencia Diplomática de 1929.
  - Convención de Ginebra de 27 de julio de 1929, para la mejora de la suerte de heridos y enfermos de los Ejércitos.
- Conferencia Diplomática de 1949.
  - I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y enfermos de las Fuerzas Armadas en campaña.
  - II Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas en el mar.
  - III Convenio de Ginebra relativo a los prisioneros de guerra.
  - IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra.
- Conferencia Diplomática de 1974-1977, sobre la reafirmación y el desarrollo del Derecho Internacional Humanitario aplicable a los Conflictos Armados.
  - Resoluciones XVII, XVIII y XIX (Medios de identificación de transportes sanitarios: identificación electrónica y visual para aeronaves sanitarias; señales visuales y radiocomunicaciones.
  - Protocolo I Adicional a las Convenciones de Ginebra de 1949 y relativo a la protección de las víctimas de los Conflictos Armados Internacionales de 8 de junio de 1977.
  - Protocolo II Adicional a las Convenciones de Ginebra de 1949, relativo a la protección a las víctimas de los Conflictos Armados no Internacionales, de 8 de junio de 1977.
- Anexo I al Protocolo I de 1977, Adicional a los Convenios de Ginebra de 1949, enmendado en 1993 (Reglamento relativo a las identificaciones, vigente desde el 1-3-94).
- Conferencia Diplomática sobre la Actualización sobre el emblema adicional a los de la Cruz Roja y Media Luna Roja, 5-6 de diciembre de 2005.

### 3°) Otras Conferencias Internacionales, Convenciones e Informes.

- General Report of the Commission of Jurists to considera report upon the Revision of the Rules of Warfare. The Hague. Diciembre 1922 y febrero 1923, Londres (Miscellaneous n° 14, 1924).
- Actas de la International Conference on the World's Life-Boat Service, celebrada los días 1 y 2 de julio de 1924 en el Westminster City-Hall de Londres, In-8,



- pp.66 (The Lifeboat, Journal of the Royal National Life-Boat Institution, noviembre 1924).
- Convenio de Chicago de 7 de diciembre de 1944, Anexos 10, 11 y 12, aprobado por la OACI.
  - Código Internacional de Señales de 1965, aprobado por la IV Asamblea de la OMI.
    - Capítulo XIV sobre identificación de transportes sanitarios en los Conflictos Armados e identificación permanente de los barcos de salvamento (entrada en vigor el 1 de enero de 1986).
  - Conferencia Administrativa Mundial de Radiocomunicaciones (CAMR-79). 1979.
    - Reglamento de Telecomunicaciones, transmisiones de urgencias y de seguridad, transportes sanitarios.
  - Conferencia Administrativa Mundial de 1987 (CAMR-87).
    - Recomendaciones nos. 493 y 825.
  - Conferencia Plenipotenciaria de la UIT (Niza) de 1988.
  - Normas de la Comisión de Tráfico Aéreo de la OACI, de 15 de diciembre de 1987, relativas a la utilización de luces azules para aeronaves sanitarias.
  - Conferencia Administrativa Mundial de 1995 ((CAMR-95).
  - Reglamento de Radiocomunicaciones. Apéndice 13 (CAMR-2000). Comunicaciones de Emergencia y Seguridad (No SMDSM).
  - O.M.I.: Código Internacional de Señales, Capítulo XIV: "Identificación de los transportes sanitarios en los conflictos armados e identificación permanente de las embarcaciones de salvamento". Londres, 1985.
  - OACI: Procédures pour les services de navigations aerienne: exploitation technique des aeronafs. Montreal, Enero 1993.
  - O.M.I.: Status of Multilateral Conventions and Instruments in respect of which the international maritime organization or its secretary general performs depositary or other functions as at 31 december 1994. 31-12-1994.
  - Résolution 10 de l'Union internationale des télécommunications. UIT Résolution 10-Rév CMR-2000-utilisation de télécommunications hertziennes bidirectionnelles par le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. La Conférence Mondiale des radiocommunications (Istanbul, 2000). RICR n° 840, pp. 1088-1089, 31-12-2000.

#### **4°) Proyectos de Reglamentaciones.**

- Proyecto de Código para la Reglamentación de la Guerra Aérea. Reglas de La Haya de 1923.
- Proyecto de Convención adicional a la Convención de Ginebra de 1906 y a la X Convención de La Haya de

1907, para la adaptación a la guerra aérea de los principios de Ginebra, aprobado en la XII CFICR de Ginebra de 1925.

**5°) Actas de Reuniones y Conferencias de Expertos.**

- Conferencia de Expertos Gubernamentales de 1947, Ginebra.
- Reunión de Expertos Técnicos de 1970, Ginebra.
- Conferencia de Expertos Técnicos Gubernamentales de 1982, sobre la reafirmación y el desarrollo del Derecho Internacional Humanitario aplicable a los Conflictos Armados, de 1971 y 1972 en Ginebra.
- Reunión de Expertos Navales Gubernamentales de Ginebra en 1986, para examen de los métodos de identificación y señalamiento de los transportes sanitarios.
- Informe sobre los trabajos de la Reunión de Expertos Técnicos de 20-25 de agosto de 1990, para revisión del Anexo I al Protocolo I de 1977, Adicional a los Convenios de Ginebra de 1949. Ginebra, diciembre 1990.
- Preliminary Round Table of Expert on IHL applicable to armed conflicts at sea. San Remo, 15-17 junio 1987.
- Round Table of Experts on IHL applicable to armed conflicts at sea. Madrid, 23-29 septiembre.
- Round Table of Experts on IHL applicable to armed conflicts at sea. Bouchon, 10-14 noviembre.
- Round Table of Experts on IHL applicable to armed conflicts at sea. Toulon, 19-23 octubre.

**6°) Diversos Manuales sobre el Derecho Internacional Humanitario.**

- Manuel de San Remo sur le droit international applicable aux conflits armés sur mer. Adopté a Livorno, a juin 1994.
- Manuel pour l'utilisation des moyens techniques de signalisation et d'identification. 1990.
- Nouveau Manuel de Droit des Conflits Armés pour les forces armées françaises.

**7°) Comité Internacional de la Cruz Roja.**

- Proyectos de Protocolos adicionales a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949. Comentarios. Ginebra, octubre de 1973, pp. 28-41 y 154-156.
- Report of the International Committee of the Red Cross on its activities during the Second World War (September, 1, 1939- June 30, 1947). XVII

International Red Cross Conference. Stockholm, August 1948. Geneva, May 1948, pp. 133-136.

- Rapport de la Commission d'experts pour l'immunisation des avions sanitaire, présenté á la XII Conference Internationale de la Croix-Rouge. Geneve, 1995.
- Rapport sur les travaux de la reunion d'experts techniques en vue d'une révision eventuelle de l'Annexe I au Protocole I de 1977, additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949. Geneve, 20-24 août 1990. Geneve, 1 diciembre de 1990.

#### **8°) Cruz Roja Española (CEDIH) .**

- Instituto Internacional de Derecho Humanitario de San Remo. Dossier/Report of the international round table of experts of International Humanitarian Law applicable to armed conflicts at sea. Madrid, 26-29 de septiembre de 1998.
- Resumen de las ponencias presentadas en la XV Conferencia Internacional de las Sociedades de Salvamento de Náufragos. Turiño. Junio 1987.
- Informe de 8 de julio de 1987 a los titulares de los Ministerios de Transportes, Turismo y Comunicaciones, y Asuntos Exteriores, de la aprobación por la XV "ILC" de una ponencia y una Resolución sobre la aplicación de los Convenios de Ginebra de 1949, para mejorar la protección de las embarcaciones de salvamento con base en tierra, en los conflictos armados.

#### **9°) Simposio de Derecho Internacional Marítimo.**

Organizado por la Armada de Chile. Valparaíso, julio de 1996.

## **FUENTES SECUNDARIAS.**

- Abril Stoffels, Ruth: "La asistencia humanitaria en los Conflictos Armados: configuración jurídica, principios rectores y mecanismos de garantía". 2001.
- Aguilera, A.: "Buques de guerra españoles (1885-1971)". Madrid, 1972.
- Amer, Salah El-Din, Louise Doswald-Beck, James H. Doyle, William J. Fenrick, Christopher Greenwooe, Horace B. Robertson, Gert-Jan F. Van Hegelsom y Wolff Heintschel von Heinegg: "Commentary on the Harmonised document on International Humanitarian Law applicable to Armed Conflicts at Sea". Geneva, 12 de marzo de 1994.
- Amich, Julián: Diccionario Marítimo. Barcelona, 3ª edición, 1983.
- Andrés y Espala, Gregorio: "Sanidad Militar en Santo Domingo". Revista de Sanidad Militar española y extranjera. Madrid, 1865.
- Anónima (1970): Guía Médica Internacional de a bordo. Ginebra.
- Anónima: "La Medicina en la Guerra de las Malvinas" <http://members.fortunecity.com/aokaze/html/notas/nota7.htm>, 23 de diciembre de 2004.
- Antón Valero, José A.: "La Guerra del Golfo". Entrepueblos. <http://www.edualter.org/material/palestina/golfo.html>, 23 de diciembre de 2004.
- Arbex, Juan Carlos: "Salvamento en la mar". Ministerio de Obras Públicas y Transportes. Secretaría General para los Servicios de Transportes. Dirección General de Marina Mercante, 1991.
- Arderius: "La escuadra española en Santiago de Cuba". Barcelona, 1903.
- Armada, Arturo: "Del tiempo de la guerra. El buque hospital". Revista General de Marina. Madrid, Agosto 1921, pp. 149-156.
- Aycart, Lorenzo: "Recuerdos e impresiones. La campaña de Filipinas". Madrid, 1900.
- Ayllón, Manuel Antón, y Babé Romero, Mercedes: "El movimiento internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja". Colaboración en el libro "Derecho Internacional Humanitario, CEDIH, de Cruz Roja Española (tema 3). Arco, 2002.

Azcárraga, José Luis de: "La guerra marítima y el derecho". Boletín de la Universidad de Santiago de Compostela (Santiago), números 43 y 44, enero 1944-marzo 1945, Pgs. 95-107.

Bargoni, Franco: "La participación naval italiana en la guerra civil española (1936-1939)". Madrid, 1995. Instituto de Historia y Cultura Naval.

Boissevain, C.D.W.: "La Croix Rouge, la Croix Orange et la Croix Verte aux Pays-Bas" (Reveu, 1919); "La Croix Rouge suédoise et le sauvetage en mer" (Bulletin, LII, 1921); "Uruguay Stations de sauvetage des naufragés" (Bulletin, LV, 1924).

Boissier, Pierre: "De Solferino a Tsushima. Historia del Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, 1997.

Bordeje, F.: "Vicisitudes de una política naval". Madrid, 1978.

Bory, Françoise; Caula, J.L.: XXV Conference Internationale de la Croix-Rouge. La protección de los medios de transporte sanitario durante los conflictos armados. Una importante tarea en la Era de la electrónica. Octubre 1986.

Bourbonniere, Michel y Haeck, Louis: "Jus in Bello Spatiale" Air & Space Law, Volume XXV, Number 1. 2000.

Bouvier, Antoine: "Protéger les victimes des conflits armes sur mer: l'action du C.I.C.R.". Seminario sobre el Derecho de la Mar. Derecho de la Guerra y Derecho Humanitario. Instituto Francés de Derecho Humanitario y del Derecho del Hombre. 15-16 de octubre de 1987.

Bugnion, François: "El Derecho de Ginebra y el Derecho de La Haya". RICR n° 844. 31-12-2001.

Buroni, José R., y Cevallos, Enrique M.: "La medicina en la Guerra de las Malvinas". Editorial Círculo Militar. Argentina, 1992.

Capmany, Antonio: "Código de las costumbres marítimas de Barcelona, vulgarmente llamado Libro del Consulado". Madrid, 1791.

Carrillo Salcedo, Juan Antonio: "Dignidad frente a barbarie. Declaración Universal de Derechos Humanos cincuenta años después". 1999.

Carrillo Salcedo, Juan Antonio: "El sistema internacional de los derechos humanos y la globalización". Jornadas sobre la protección de las víctimas de la guerra. El Derecho Internacional Humanitario ante

los retos de los conflictos armados actuales. Cruz Roja Española. 17 de noviembre de 2004.

Castren, E.: "La protection juridique de la population civile dans la guerre moderne". Revue generale de droit international public, 1995.

Cauderay, Gérald C.: "Visibilidad del signo distintivo de establecimientos, formaciones y transportes sanitarios". Revista Internacional de la Cruz Roja nº 100. Julio-Agosto de 1990.

Cauderay, Gérald C.: "Los medios de identificación de los transportes sanitarios protegidos". Revista Internacional de la Cruz Roja, nº 123. Mayo-junio 1994.

Centro de Estudios del Derecho Internacional Humanitario (CEDIH): "Normas Particulares del Derecho de la Guerra Marítima. Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados en la mar". Recopilación realizada por José Luis Rodríguez-Villasante y Prieto. 1988.

Centro de Estudios del Derecho Internacional Humanitario (CEDIH), Cruz Roja Española: "Normas fundamentales del Derecho Internacional Humanitario aplicables en los conflictos armados". 1988.

Centro de Estudios del Derecho Internacional Humanitario (CEDIH), Cruz Roja Española: "Curso de Derecho Internacional Humanitario". 1999.

Centro de Estudios del Derecho Internacional Humanitario (CEDIH), Cruz Roja Española: "Derecho Internacional Humanitario". Coordinador: José Luis Rodríguez-Villasante. 2002.

Centro de Estudios del Derecho Internacional Humanitario (CEDIH), Cruz Roja Española: "Estudio sobre las normas consuetudinarias de Derecho Internacional Humanitario, Informe sobre la práctica estatal de España. Madrid, 6 de febrero de 1998.

Cerezo Martínez, Ricardo: "Armada Española, siglo XX". Madrid, 1983.

Clavijo y Clavijo, Salvador: "Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada". San Fernando, 1925.

Clavijo y Clavijo, Salvador: "La Orden Hospitalaria San Juan de Dios en la Marina de Guerra". Imp. Topología Artística. Madrid, 1950.

Clavijo y Clavijo, Salvador: "Trayectoria hospitalaria de la Armada". Edit. Naval, 1944.

Clavijo y Clavijo, Salvador: "La orientación de la Sanidad en la Marina de Guerra". Imp. M. Marina. Madrid, 1941.

Clavijo, Salvador; Rueda, José: "La evacuación de enfermos y heridos por agua y aire y servicios de Sanidad en operaciones combinadas". Revista General de Marina. Madrid, 1930.

Clavijo, Salvador; Rueda, José: "De la aviación sanitaria en general y de la aviación sanitaria marítima en particular; estado evolutivo y actual". Revista General de Marina, 1930.

Clemente, Joseph Carles: "Historia de la Cruz Roja Española.". 1986.

Comité Internacional de la Cruz Roja, 1966: "Vers un nouveau statut de l'aviation sanitaire". RICR, Tomo II, octubre 1966.

Comité Internacional de la Cruz Roja, 1973: "Réaffirmation et deveoloppment du droit international humanitaire applicable dans les conflits armées". Conférence d'experts Gouvernementaux. RICR, 1973.

Comité Internacional de la Cruz Roja: Comentario del Protocolo Adicional II a los Convenios de Ginebra de 1949. RICR 1-11-1998.

Comité Internacional de la Cruz Roja: Normas Fundamentales de los Convenios de Ginebra y de sus Protocolos Adicionales, 1983.

Comité Internacional de la Cruz Roja: Annexe I (Protocole I) non amendée: Règlement relatif à l'identification (8 juin 1977). Annexe I: Règlement relatif à l'identification - Chapitre III- Signaux distinctifs. RICR. [http://webmail.ictips.com/view.php32\\_mailbox=inbox&\(4.04.05\)](http://webmail.ictips.com/view.php32_mailbox=inbox&(4.04.05))

Comité Internacional de la Cruz Roja: Annexe I (Protocole I) non amendée: Règlement relatif à l'identification (8 juin 1977). Annexe I: Règlement relatif à l'identification -Chapitre IV- Radio Communications. RICR. <http://www.icr.org/DIH.nsf> (1.04.05).

Comité Internacional de la Cruz Roja: "Entrada en vigor de la versión enmendada del Anexo I del Protocolo I, relativo a los medios de identificación de las instalaciones y los medios de transporte sanitarios". Revista Internacional de la Cruz Roja, pgs 29-43, enero-febrero 1994.

Comité Internacional de la Cruz Roja: "Comentarios al Protocolo I". Revista Internacional de la Cruz Roja, septiembre-octubre 1997.

Comité International de la Cruz Roja: "Reunión d'experts techniques en vue d'une révision éventuelle de l'Annexe I au Protocole I additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949" Reunion; Revision; Identification par le signe; Signal distinctif; Transport Sanitaire; Protocole Additionnel I; Annexe I au Protocole I Français. Revista Internacional de la Cruz Roja, n° 785, 1/09/1990, p. 487-488.

Comité International de la Cruz Roja e Instituto Henry Dunant: "Bibliography of International Humanitarian Law applicable in armed conflicts". 2ª Edition, revised and updated. Geneva, 1987.

Comité International de la Cruz Roja: "Cours de Cinq Leçons sur les Conventions de Geneve". CICR- Inter.Institute of Humanitarian Law. Geneve, 1963, pgs 44-60.

Comité International de la Cruz Roja: "Lecciones y ensayos". Derecho Internacional Humanitario y temas de áreas vinculadas. Facultad de Derecho. Departamento de publicaciones. Universidad de Buenos Aires. Colaboraciones de Renato Nuño Luco, la guerra aérea y el DIH, pgs 201-238; José Luis Domenech Omedas, Estatuto y trato de los combatientes en caso de captura, pgs 133-163; Joaquín Cáceres Brun, Aspectos destacados en la aplicación del DIH y de los DDHH. Buenos Aires. Diciembre de 2003.

Comité International de la Cruz Roja: "Manuel pour l'utilisation des moyens techniques de signalisation et d'identification des navires hôpitaux, des bateaux de sauvetage basés sur la côte et autres embarcations protégés et des aéronefs sanitaires. Réalisé par Gerald, C., Cauderay et Antoine Bouvier. Geneve, 1995.

Comité International de la Cruz Roja: "Identificación de los medios de transporte sanitarios: Comisión I: las víctimas de la guerra y el respeto del derecho internacional humanitario (punto 4 del orden del día provisional). Ginebra, 1/01/1995.

Comité International de la Cruz Roja: "La question de l'immunisation des avions sanitaires et le projet de Convention internationale sur la guerre aérienne". Genève, 1/01/1930.

Commenge, Luis: "Munificiencia de los Reyes de Aragón". Boletín Real Academia de Bellas Letras. Barcelona (Medicina en el siglo XIX), 1914.

Concas y Palau: "La escuadra del Almirante Cervera". Málaga, 1992.



Cook, Wo: "Evacuación Aeromédica Estratégica, OTAN". Reino Unido, 2004.

Dalton, Jane: "Capitaine US Navy. Une comparaison entre le manuel de San Remo et le US Navy Commander's Handbook. Conférence Internationale "Application du Droit International Humanitaire, des droits de l'homme et du Droit des Réfugiés: Conseil de Sécurité des Nations Unies, Operations de maintien de la paix et protection de la personne humaine dans les situations de catastrophes". San Remo, Italia, 8-10 septembre 2005.

David, Eric: "Principes de droit des conflits armés" 2<sup>a</sup> edición. Bruselas, 1999.

De Lasala Samper, Fernando María: "La protección a los enfermos y naufragos de las Fuerzas Armadas en campaña". Universidad de Zaragoza, 1964.

Delpech, J.: "La nueva Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906 para el mejoramiento y suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña". París, 1907.

De Mulinen, Frederic: "El Derecho de la Guerra y las Fuerzas Armadas". Instituto Henry Dunant. Ginebra, 1981.

De Mulinen, Frederic: "Manual sobre el derecho de la guerra para las Fuerzas Armadas". Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, 1991.

De Preux, Jean: Socorros. Revista Internacional de la Cruz Roja, n° 77, pp. 278-287, 31 octubre de 1986.

De Salas, Javier: "Historia de la matrícula del mar", 1870.

Des Gouttes, Paul: "Les 75 premieres annes de la Convention de Geneve", 1939.

Des Gouttes, Paul: "Le torpillage des navires hospitalaux". Revista Internacional de la Cruz Roja, RICR, 1917.

Des Gouttes, Paul: "El salvamento de los naufragos y el signo de la cruz roja". RICR, 1925.

Des Gouttes, Paul: "Intento de adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906". RICR n° 72, diciembre de 1924.

Des Gouttes, Paul; Julliot, Ch.L.: "Aviación Sanitaria. Informe general del CICR sobre el Informe de la XII CFICR. Vers une convention internationale applicant á la guerre aérienne les principes de la Convention de Genève" RICR, octubre 1925.

Des Gouttes, Paul: "Anexo al Proyecto de Convención adicional a la Convención de Ginebra de 1906 y a La Haya de 1907 para la adaptación a la guerra aérea de los principios de la Convención de Ginebra". RICR, diciembre 1925.

Díaz del Río Martínez, Angel Luis: "La XV Conferencia Internacional de Sociedades de Salvamento de Náufragos". Revista de Marina. Madrid, mayo 1987.

Díaz del Río Martínez, Angel Luis: "Aplicación de los Convenios de Ginebra a la protección de los barcos de salvamento de náufragos en caso de conflicto armado". Madrid, 1984.

Díez de Velasco, Manuel: "Instituciones de Derecho Internacional Público" 12ª ed., Tecnos, Madrid, 1999, pp. 57-94 y 213-253.

Díez de Velasco, Manuel: "Las Organizaciones Internacionales". 2002.

Doswald-Beck, Louise: "Vessels, aircraft and persons entitled to protection during armed conflicts at sea". The British Year Book of International Law, 1994.

Doswald-Beck, Louise: "Manual de San Remo sobre el Derecho Internacional aplicable a los Conflictos Armados en el Mar". Guerra en el mar. Revista Internacional de la Cruz Roja, nº 131, 1995.

Doswald-Beck, Louise: "The protection of medical aircraft in international law". Israel yearbook on human rights, 01/01/1998, Vol. 27, p. 113-150.

Dufour, D; Kroman, J.S.: "Surgery for victims of war". Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, 1988.

Dunant, Henry: "Recuerdo de Solferino". Cruz Roja Suiza, 1979.

Eberlin, Philippe: "Modernización del señalamiento protector". RICR, 1979.

Eberlin, Philippe: "La identificación de las aeronaves sanitarias en periodo de conflicto armado". RICR, julio-agosto de 1982.

Eberlin, Philippe: "Signos Protectores". Comité Internacional de la Cruz Roja, 1983.

Eberlin, Philippe: "La modernisation de la signalisation protectrice et les communications des unités et moyens de transport sanitaires". Etudes et essais sur le droit international humanitaire et sur les principes de la Croix-Rouge en l'honneur de Jean Pictet. Genève, 1/01/1984.

Eberlin, Philippe: "La protección de los barcos de salvamento en periodo de conflicto armado". RICR, mayo-junio de 1985.

Eberlin, Philippe: "Identificación de los buques hospitales y buques protegidos por los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949". RICR, nov-dic 1982.

Eberlin, Philippe: "La identificación acústica submarina de los barcos hospitales". Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja. Noviembre-Diciembre de 1988.

Eberlin, Philippe; Loye, Dominique: "Commentaire de l'annex I telle qu'amendée en 1993", Anexo al Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados (Protocolo I). Extracto del artículo 98 del Protocolo I, revisión del Anexo I (Philippe Eberlin). Anexo I enmendado en 1993 al Protocolo I, Reglamento relativo a la identificación (Philippe Eberlin, 1986) (Dominique Loye, actualizado en el año 2002).

El-Din Amer, Salah; Doswald-Beck, Louise; Doyle, James H.; Fenrick, William J.; Greenwood, Christopher; Robertson, Horace B; Van Hegelson, Gert-Jan; Von Heinegs, Wolff Heintschel: "Commentary on the Harmonised document on International Humanitarian law applicable to armed conflicts at sea". Geneva, 12 march 1994.

Estado Mayor del Ejército: "Orientaciones, el Derecho de los Conflictos Armados". Tomo III. 18-marzo-1996.

Esteban Ciriquian, Mariano: "La asistencia quirúrgica a bordo del barco-hospital Ciudad de Palma". Sanidad de la Armada en la Historia y en la Guerra de Liberación de España. Madrid, 1941.

Estrada, Rafael (Capitán de Corbeta): "Los sondadores acústicos y los ultra-acústicos". Revista General de Marina, Tomo XCVI. 1925.

Estrada, Rafael (Capitán de Corbeta): "Los sondadores acústicos y los ultra-acústicos". Revista General de Marina, Tomo XCVII. 1925.

Evrard, E.: "La protection juridique des transports aériens sanitaires en temps de guerre". Annales de droit international médical, Mónaco 1965.

Fernández Aldave, L.: "Labor sanitaria realizada en el crucero "Navarra" durante los últimos meses de la campaña de Liberación". La Sanidad de la Armada en la historia y en la Guerra de Liberación de España. Madrid, 1941.

Fernández de Ibarra, Agustín Marcos: "La Historia Médica de Cristóbal Colón y los Médicos que de algún modo se relacionan con el descubrimiento de América". Revista Bimestre Cubana, 1916, n° 5. Habana, Colección de documentos inéditos. Academia de Historia 1890. Tomo 5°.

Fernández Duro, Cesáreo: "La conquista de las Azores en 1583". Madrid, 1886.

Fernández Duro, Cesáreo: "La Armada Invencible". Tomos I y II. 1884-1885.

Fernández-Flores, J. Luis: "El Derecho de los Conflictos Armados". De Iure Belli. El derecho de la guerra. Derecho Internacional Humanitario. El Derecho humanitario bélico. Ministerio de Defensa, 2001.

Fernández-Flores, J. Luis: "Conferencia sobre derecho de la guerra aérea". Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario. Madrid, 1986.

Fernández-Flores, J. Luis: "Del Derecho de la Guerra". Servicio C. de Publicaciones del EMG. Ediciones Ejército, 1982.

Fernández-Flores, J. Luis: "Manual del Derecho de la Guerra". Madrid, 1986.

Ferrer Córdoba, P.: "La Sanidad en la Marina republicana". Los médicos y la Medicina en la Guerra Civil española. Madrid, 1986.

Fleck, Dieter: "Derecho de la guerra en el mar hoy: contenidos, restricciones, lagunas". Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados en el mar. Madrid, 26-29 de septiembre de 1988.

Folch, Andreu: "Elementos de la Historia de la Farmacia". Imp. Izquierdo. Madrid, 1927.

Froelich, E.: "Informe de la fundación para los transportes de la Cruz Roja al Comité Internacional de la Cruz Roja: punto IIa del orden del día de la Comisión general de Socorros". Ginebra, 1/01/1952.

Galán Ahumada: "La Farmacia y la Botánica en el Hospital Real de Marina de Cádiz". Editorial Naval. Madrid, 1988.

Gallarza, Eduardo G.: "Unidad Médica en Afganistán. Operación Libertad Duradera" Zaragoza, 2002.

Galloy, J.: "L'inviolabilité des navires-hôpitaux". París, 1991.

Garaizábal Bastos, A.: "El servicio quirúrgico a bordo del crucero "Canarias". La Sanidad de la Armada en la historia y en la Guerra de Liberación de España. Madrid, 1941.

García Alonso, A.: "Algo sobre salvamentos con helicópteros". Madrid, 1959.

Garner, J.W.: "International regulation of air warfare", en Air Law Review, 1932.

Garrison: Historia de la Medicina. Tomo 1º, 1921.

Gil Pecharromán, Julio: "Derrota, nacionalismo y revolución. La caída de las águilas". Revista "La aventura de la Historia". Año 6, nº 61. Noviembre, 2003.

Gined, Gilbert: "La protección de las embarcaciones de salvamento". Tomo II, RICR, 1955.

Giorgerini, Giorgio; Guerrrero, J.A., y otros: "La Marina". Grupo Editorial Fabbri, S.p.A., Milán 1978.

Gómez Hernández, Enrique: "La Batalla de Jutlandia". Revista Naval, Año 1, Vol. 1, Nº 1, septiembre 2002.

Gracia Rivas, Manuel: "La Sanidad Naval Española, Historia y Evolución". Bazán. Madrid, 1995.

Gracia Rivas, Manuel: "La Sanidad en la Jornada de Inglaterra (1587-1588)". Madrid, 1988.

Gracia Rivas, Manuel: "La asistencia sanitaria a bordo del Juan Sebastián de Elcano. Patología más frecuente y evacuaciones". Primeras Jornadas cívico-militares de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.

Gracia Rivas, Manuel: "El transporte sanitario por mar. Concepto, misiones y requerimientos". Primeras Jornadas cívico-militares de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.

Gracia Rivas, Manuel: Experiencia del Buque Hospital "Ciudad de Palma" en la Guerra Civil Española de 1936-1939". Primeras Jornadas cívico-militares de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.

Guisandez Gómez, Francisco Javier: "El derecho en la guerra aérea". Revista Internacional de la Cruz Roja, junio 1988.

Haines, Steven. Commandant British Royal Navy. Une comparaison entre le Manuel de San Remo et le nouveau Manuel britannique". Conférence Internationale "Application du Droit International Humanitaire, des droits de l'homme et du Droit des

Refugiés: Conseil de Sécurité des Nations Unies, Operations de maintien de la paix et protection de la personne humaine dans les situations de catastrophes". San Remo, Italia, 8-10 septembre 2005.

Hanke, Heinz Marcus: "Reglamento de La Haya de 1923 sobre la guerra aérea. Contribución al desarrollo de la protección que el Derecho Internacional otorga a la población civil contra los ataques aéreos". RICR, 1993.

Hargel, Veronique: "Los proyectos ginebrinos de revisión del Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864, 1868-1898". RICR. 30-06-1959.

Hernández Morejón: "Historia bibliográfica de la Medicina Española". Tomo 4, 1852.

Hernández Pradas, Sonia: "El niño en los Conflictos Armados, marco jurídico para su protección internacional". 2001.

Hoas, Patrich: "Livres et reuves: proces-verbaux des seances du Comité International de la Croix Rouge". CICR, n° 838. 30-06-2000.

Hoffmann, Michael Harris: Artículo "La guerra en el mar. Los marinos neutrales y el Derecho Internacional Humanitario: un precedente en materia de protección de las personas neutrales en los conflictos armados". Revista Internacional de la Cruz Roja, 1992.

Instituto Henry Dunant: "Etudes et perspectives". DIH; Guerre sur mer, Conflit arme International, Protocolo Additional I, 1985.

Jeanty, Bernard: "La protection du personnel sanitaire dans les conflits armés internationaux". 1/01/1990.

Jiménez Soler: "El Sitio de Almería". Barcelona, 1904.

Julliot, Ch. L.: "Aéronefs sanitaires et Conventions de la Croix Rouge". París, 1913. Revue générale de Droit International Public, enero-febrero de 1913.

Junod, Sylvie-Stoyanka: "La protección de las víctimas del conflicto armado de las Islas Falkland-Malvinas (1982)". RICR, septiembre 1990.

Kalshoven, Frits, y Zegveld, Liesbeth: "Restricciones en la conducción de la guerra". Introducción al derecho internacional humanitario. Comité Internacional de la Cruz Roja, 2003.

Lacasi, Fermín: "Estudio Histórico sobre la Marina de los pueblos que se establecieron en España hasta el siglo XIII de nuestra Era". Madrid, 1876.

- Lamoureux, V.B.: "Higiene y Sanidad a bordo". Editorial Naval. Madrid, 1986.
- Langdon, J.B.R.L.; Rogers, A.P.V.; Eadie, C.J.: "The use of transport under the 1977 Protocols". Armed Conflict and the new Law, Volume II. The British Institute of International and Comparative Law, 2000.
- Langdon, J.B.R.L.: "El Derecho de la Guerra en el mar. Comentarios sobre algunos aspectos actuales de su contenido, límites y lagunas". Mesa Redonda Internacional de Expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados en el mar. Madrid, 26-29 de septiembre de 1988.
- Lauwers, Ben J.: "La introducción de las armas nuevas. Sus consecuencias sobre las leyes de la guerra y sobre el derecho aeronáutico". R.S.D.P.M.D.G., Florencia 1961.
- Lavauzelle, Charles: "Histoire de la Médecine aux Armées. Tome 1: De l'Antiquité à la Révolution". Paris, 1982.
- Lavauzelle, Charles: "Histoire de la Médecine aux Armées. Tome 2: De la Révolution française au conflit mondial de 1914". Paris-Limoges, 1982.
- Lázaro Ávila, C., y Pérez Heras, A.: "La aerostación militar en España". Ministerio de Defensa, 1995.
- Lefebvre, Pierre: "Histoire de la Médecine aux armées. Tome 3. De 1914 á nos jours". Ediciones Lavauzelle. Paris- Limoges, 1982.
- Lieutenant-colonel R., Le chef de l'instruction pour le service du vol: "Visibilité du signe de la Croix-Rouge". RICR n° 208, marzo 1936.
- Llorca Baus, Carlos: "La Compañía trasatlántica en las campañas de ultramar". Madrid, 1990.
- López de Ayala: "Historia de Gibraltar". Madrid, 1782.
- Loye, Dominique: "Visibilidad del signo distintivo en el infrarrojo térmico". RICR, n° 140, marzo-abril 1997.
- Luchon, Pierre: "Histoire des medecins et pharmaciens de Marine et des colonies". Toulouse, 1985.
- Maisterra, J., y Cebrián Gimeno, V.: "El buque hospital. Transformación del España n° 4". Revista de Sanidad de la Armada, n° 2. Madrid, junio 1926.

Mallein, Jean: "La Guerre Maritime au regard des Conventions de Geneve et de leurs Protocoles Additionnels". Institute français de droit humanitaire et des droits de l'homme. Droit de la Mer. Droit de la Guerre et Droit Humanitaire. Colloque de Bres, 15-16 octobre 1987.

Mallison, Sally V.; Mallison, W. Thomas: "Naval Targeting: Lawful Objects of attack". Publicado en International Law Studies, 1991. The College Press, Newport. Vol. 64.

Marañón, Gregorio: "La Medicina en las galeras en los tiempos de Felipe II". Espasa Calpe, 1972.

Maresca, Adolfo: "La Protezione Internazionale dei combattenti e dei civili. La Convenzioni di Ginevra 12 agosto 1949". Milán, Dott.A. Guvffré, 1965, pp 61-67.

Martín Carranza: "La Sanidad en nuestra Marina". Medicina e Historia. Octubre, 1970.

Martínez-Hidalgo y Terán, José María y otros: "Enciclopedia General del Mar". Barcelona, 1987.

Martínez Mico, Juan Gonzalo: "La neutralidad en la guerra aérea". Madrid, 1982.

Martínez Teixido, Antonio: "Enciclopedia del Arte de la Guerra". Colaboradores: José Romero Serrano y José Luis Calvo Albero. 3ª Edición. Agosto 2003.

McCoubrey, Hilarie: "International Humanitarian Law, the Regulation of Armed Conflicts". Dartmouth Publishing Company Limited. England, 1994.

Mercier, Jean: "Le transport sanitaire d'hier et d'aujourd'hui". Universite de Perpignan, 1993.

Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente: "El Océano Protegido", 1994.

Ming-Min, Pen: "Le statut juridique de l'aeronef militaire". La Haya, 1957.

Missoffe, Serge: "El estatuto jurídico de la nave militar". R.S.D.P.M.D.G., Florencia, 1961.

Montalbo, Federico: "Estudio sobre el servicio médico a bordo en expectativa de combate". Revista General de Marina, Tomo XLIV. Madrid, 1899, n° de julio pp. 23-25 y n° de octubre pp.606-626.

Montalbo, Federico: "Socorros a los heridos y a los náufragos de las guerras marítimas". Revista General de Marina, tomo XXXIV. Madrid, abril 1894.



Montalbo, Federico: Informe "De los servicios sanitarios y de los heridos a bordo en las guerras marítimas contemporáneas". 26 de julio de 1898. Archivo-Museo D. Álvaro de Bazán, Sección Sanidad, Legº nº 2900/ 14. Armada Española. El Viso del Marqués, Ciudad Real.

Morales de Casallas, Irma: "Transporte del ser humano en etapa fetal y neonatal -Sección II". [www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualizacionesped13103](http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualizacionesped13103), 23/12/2004.

Morales de Casallas, Irma: "Transporte del ser humano. Recuento histórico", [www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualizacionesped13103](http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualizacionesped13103), 23/12/2004.

Moreillon, Jacques: "Los principios fundamentales de la Cruz Roja, Paz y Derechos Humanos". VI Mesa Redonda sobre los problemas actuales de Derecho Internacional Humanitario y Simposio de la Cruz Roja. San Remo, 5-8 de septiembre de 1979. RICR, separata julio-agosto de 1980.

Moreillon, J.: "La Cruz Roja: Protección y asistencia", R.I.C.R., nº 47, Sep.-Oct.1981, pp.268-273.

Moreillón, Jacques: "El CICR y la Conferencia de Manila. Balance y Perspectivas. Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja, enero-febrero de 1982.

Mulinen, F. de: "La signalisation et l'identification du personnel et du matériel sanitaires". Revista Internacional de la Cruz Roja, nº 645, Ginebra 1/09/1972.

Munkler, Herfried: "Las Guerras del Siglo XXI". RICR nº 849. 31-03-2003.

Navarro Carballo, J.R.: "El Subinspector médico de Primera Doctor D. Nicasio Landa y Álvarez de Carballo". Medicina Militar, vol 46, 1990.

Nieto Antunez: "Higiene Naval". Imp. Moret. La Coruña, 1959.

Novo López, José E.: "Evolución Histórica de la Medicina Naval". Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 1989.

Nuño Luco, Renato: "La Guerra Aérea en relación con el Derecho Internacional Humanitario", Revista Internacional de la Cruz Roja, abril 1998.

Nuño Luco, Renato: "La guerra aérea y el derecho internacional humanitario". Lexis Nexis Abeledo Perrot. Lecciones y Ensayos, nº 78. Buenos Aires, CICR, 2003.

Obrador Serra, Francisco: "Apoyo médico a las actividades de las fuerzas navales". Revista General de Marina, tomo 225. Madrid, 1993.

Oppenheim, L.: "Tratado de Derecho Internacional Público", tomo II, vol. II. Boch. Barcelona, 1967.

Orihuela Calatayud, Esperanza: "Derecho Internacional Humanitario. Tratados Internacionales y otros textos.". McGraw Hill. Madrid, 1998.

Orozco Acuaviva: "Historia de las enfermedades de los navegantes: escorbuto". Anales R.A. Medicina de Cádiz, Vol. XV, 1979.

Parada, R.: "Los servicios sanitarios a bordo del crucero "Baleares". La Sanidad de la Armada en la historia y en la Guerra de Liberación de España. Madrid, 1941.

Pastor Ridruejo, J.A.: "Curso de Derecho Internacional Público y Organizaciones Internacionales", Tecnos, 7ª ed., Madrid, 1999, pp.21-64 y 187 y ss.

Paz Varea, V. de y Viqueira Caamaño, J. A.: "Derecho de la guerra en la mar. Buques Hospital. Medicina Militar, Vol. 46, nº 3. 1990.

Pecker, B., y Pérez Grange, C.: Crónica de la Aviación Española. Silex, 1998.

Penna, V.: Disposiciones escritas y consuetudinarias relativas a la conducción de las hostilidades y trato que recibían las víctimas de los conflictos armados en la antigua India. RICR, nº 94. Julio-Agosto 1989.

Pérez, Javier Paulino: "La Sanidad del Arma de Aviación Republicana". Monografías Beecham. [www.sbnac.net/republica/textosIm/aviación/aviación.htm](http://www.sbnac.net/republica/textosIm/aviación/aviación.htm)

Conde Cuadrado, M.: "El Servicio de Sanidad de Aviación en la zona gubernamental de la guerra civil". Monografías Beecham. [www.sbnac.net/republica/textosIm/aviación/aviación.htm](http://www.sbnac.net/republica/textosIm/aviación/aviación.htm)

Pérez Cuadrado, Francisco: "Barcos hospitales (B.H.)". Revista General de Marina. Madrid, 1935.

Pérez González, Manuel: "Derecho Internacional Humanitario". Elaborado por el Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario, CEDIH, de Cruz Roja Española. Tema I. Introducción Internacional Humanitario frente a la violencia bélica: Una apuesta por la Humanidad en situaciones de conflicto. Año 2002.

Pérez González, Manuel: "Derechos humanos y Derecho Humanitario: Una apuesta por la Convergencia.". El Derecho Internacional Humanitario en una sociedad internacional en transición. Coordinador Julio José Urbina y Jorge Pueyo Losa. Cruz Roja Española. Santiago de Compostela, 2002.

Pérez González, Manuel: "Observaciones en torno al nuevo Derecho del Mar en relación con los conflictos armados internacionales". Ponencia presentada en la Mesa Redonda Internacional de expertos sobre el Derecho Internacional Humanitario, aplicable en los conflictos armados en el mar. Madrid, 26-29 de septiembre de 1988.

Pérez Vera, E.: "La protection d'humanité en droit international". R.B.D.I., 1969, pp.401-424.

Pérez y González de la Torre, Virgilio: "Historia de las Cuatro Marinas Españolas. Marina de Guerra". Silex. Madrid, 2001.

Pictet, J.S.: "I Convention de Genève du 12 Août 1949 pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne". Comentaire publié sous la direction de Jean S. Pictet. CICR, 1952.

Pictet, J.S.: "II Convention de Genève du 12 Août 1949 pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer". Comentaire publié sous la direction de Jean S. Pictet. CICR, 1959.

Pictet, J.S.: "III Convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre". Comentaire publié sous la direction de Jean S. Pictet. CICR. 1958.

Pictet, J.S.: "IV Convention de Genève relative a la protection des personnes civiles en temps de guerre". Comentaire publié sous la direction de Jean S. Pictet. CICR, 1956.

Pictet, J.S.: "Los principios de la Cruz Roja". CICR. Ginebra, 1956.

Pictet, J.S.: "Comentary on the Second Geneva Convention for the Amelioration of the condition of wounded, sick and shipwrecked members of Armed Forces at sea". CICR. Ginebra, 1960.

Pictet, J.S.: "Desarrollo y Principio del Derecho Internacional Humanitario". RICR 21-12-1986. Ref. 2059.

Pictet, J.S.: "El derecho humanitario y la protección de las víctimas de la guerra". 1973.

Pictet, J.S.: "El primer Convenio de Ginebra". RICR n° 94. julio-agosto 1989.

Puig Campillo, Antonio: "La primera ambulancia marítima. Historia de la Cruz Roja Española durante las guerras civiles del siglo XIX". Cruz Roja Española, 1988.

Redondo, Juan: "Combate naval de Cavite". Conferencia Centro Ejército y Armada. Madrid, 4 diciembre 1903.

Redondo, Juan: "Algunas consideraciones acerca del movimiento de enfermos en el cañonero "General Lezo". Boletín de Medicina Naval. Memorias, Tomo II. Madrid, 1889.

Redondo, Juan: "Enfermerías de combate en los buques modernos". Revista General de Marina, 1903/07 (53). 1903.

Reuter, P.: "Introduction au droit des traités". París, 1972.

Revista de la Marina. Febrero 1927. Tomo I.

Rey Schyrr, Catherine: "Los Convenios de Ginebra de 1949: un progreso decisivo" (primera parte). RICR n° 834, 30-06-1999.

Rey Schyrr, Catherine: "Los Convenios de Ginebra de 1949: un progreso decisivo (segunda parte). RICR n° 835, 30-09-1999.

Rho, F.: "Y moderni criteri sul servizio sanitario mei combattimentis navali". Roma, 1898.

Roach, Ashley: "The Law of Naval warfare at the turn of two centuries". The American Society of International Law, vol. 94, n° 1. Enero 2000.

Rochard, "Traite d'hygiene, de medicine et de chirurgie navales". París, 1896. Archivos de medicina naval.

Rodríguez Villasante, J. Luis: "Guerra y Derecho. La regulación jurídica de los conflictos armados". Revista General de la Marina. Junio, 1988, pp. 793-809.

Rodríguez Villasante, J. Luis: "Derecho Internacional Humanitario". Coordinador del texto elaborado por el CEDIH de Cruz Roja Española. Tema II, Fuentes del Derecho Internacional Humanitario, 2002.

Rodríguez-Villasante, J. Luis: "Derecho aplicable en el tema de los bloqueos después de la adopción del Protocolo I, adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 y relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales". Ponencia presentada en la Mesa Redonda Internacional de expertos sobre Derecho Internacional Humanitario, aplicable a los conflictos armados en el mar. Madrid, 26-29 de septiembre de 1988.

Rodríguez-Villasante, J. Luis: "Normas Particulares del Derecho de la Guerra Marítima". Recopilación. Centro de Estudios de Derecho Humanitario, CEDIH. Cruz Roja Española, 1988.

Rodríguez-Villasante, J. Luis: "El Manual de San Remo sobre el derecho de la guerra marítima". Revista General de la Marina. Octubre 1996.

Rohrs, C.; O'Connor, T.; Addison, J.A.: "Papel de apoyo del helicóptero sanitario". Revista General de Marina, enero 1962, pp. 55-61.

Rossel, Cayetano: "Historia del Combate Naval de Lepanto". Madrid, 1853.

Rousseau, Charles: "Le Droit des conflits armés". Editions Pedone . París, 1983.

Rueda, José: "El combate de Jutlandia desde el punto de vista médico". Revista General de Marina, Tomo CXII. Madrid, marzo 1933, pp. 409-415.

Ruiz, Emilio: "Apuntes sobre la historia, importancia y desarrollo de la higiene naval". Boletín de Medicina Naval. Mayo, 1880.

Sabel, Robbie: "Chivalry in the Air? Article 42 of the Protocol I to the Geneva Conventions". Essays in Honour of Fofessor L.C.Green on the occasion of His Eightieth Birthday. International Law Studies, Volume 75. Naval War College, Newport, Rhode Island, 2000.

Sáenz de Cabezón y Capdet, Carmelo: "Organización del barco-hospital "Ciudad de Palma". La Sanidad de la Armada en la Historia y en la Guerra de Liberación de España. Madrid, 1941.

Salva, Jaime: "Los barcos hospitales según el Derecho Internacional y la Legislación española". Revista General de la Marina, Tomo I. Madrid, febrero 1927.

Sánchez Rodríguez, L.I.: "Las operaciones de mantenimiento de la paz: aspectos actuales" en *Balance y Perspectivas de Naciones Unidas en el cincuentenario de su creación*, Universidad Carlos III, BOE, Madrid, 1996, pp.189-203.

Sánchez Rodríguez, L.I.: "Derecho internacional público, problemas actuales (UCM), Madrid, 1993, pp.274-340.

Sandoz, Yves: "El medio siglo de los Convenios de Ginebra". RICR n° 834, año 1999.

San Martín: "Influjo del Descubrimiento del Nuevo Mundo en las Ciencias Médicas". Ateneo de Madrid. Abril, 1892.

Saurel, L.: "Tratado de cirugía naval". París, 1861.

Sevilla, Félix: "Historia Penitenciaria Española (La Galera)". Segovia, 1917.

Schindler, Dietrich: "La importancia de los Convenios de Ginebra para el Mundo Contemporáneo". RICR n° 836. 31-12-1999.

Schindler, Dietrich, y Toman, Jiri: "The Laws of Armed Conflicts". Ediciones Martinus Nijhoff Publishers / Henry Dunant Institute. Dordrecht / Geneva, 1988.

Schindler, Dietrich y Toman, Jiri: "Droit des conflits armés. Recueil des conventions, résolutions et autres documents". CICR-Institut Henry Dunant. Genève 1996.

Seaman Bainbridge, William: "Report on medical and surgical developments of the war". United States Naval Medical Bulletin, January, 1919.

Semadeni Martínez, Bernardo: "La Cruz Roja y la protección de las víctimas de los conflictos armados en el Derecho Internacional Humanitario". Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Departamento de Estudios Sociopolíticos y Jurídicos. Guadalajara, México, 2003, pp. 11-14 y 42-45.

Solar, David: "La capitulación de Doenitz, vencedores y vencidos". Revista "Aventura de la Historia". Año 7, n° 79. Mayo de 2005.

Soler Canto, J.: "El médico de la Armada ante el Convenio de Ginebra". Revista General de la Marina, Madrid, mayo 1967, pp. 585-590.

Swinarski, Christophe, asesor jurídico CICR: "Introducción al Derecho Internacional Humanitario". RICR, 1-01-1984.

Tapias Salinas, Luis: "Cuestiones de Derecho Aeronáutico de Guerra". 1958.

Tapias Salinas, Luis: "El derecho actual de la guerra aérea". Universidad de Valladolid. 1969.

Tapias Salinas, Luis: "Manual de Derecho Aeronáutico". 1944.

Torres Medina, José Miguel: "Los barcos hospitales en la campaña de Cuba". Revista de Historia Militar. Madrid, 1970.

Urbina, J.J.: "Protección de las víctimas de los conflictos armados, Naciones Unidas y Derecho Internacional Humanitario". Tirant lo Blanch, Cruz Roja Española, Valencia, 2000.

Vincent, Armand: "L'aviation sanitaire. Historique-Vue d'ensemble". Editions G. Roche D'Estrez, París 1925.

Vidal Ramos, Juan Luis: "Fundamentos terapéuticos actuales para los heridos de extremidades durante la guerra".  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28\\_1\\_99/mil06199.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28_1_99/mil06199.htm)

Vives Soto, M: "Manual de Logística Sanitaria". Armada Española. Madrid, 1989.

Von Heinegg, Wolff Heintschel, Prof. Université de Francfort: "Comment mettre à jour le manuel de San Remo". Conférence Internationale "Aplication du Droit International Humanitaire, des droits de l'homme et du Droit des Réfugiés: Conseil de Sécurité des Nations Unies, Operations de Maintien de la Paix et Protection de la personne humaine dans les situations de catastrophes". San Remo, Italia. 8-10 septembre de 2005.

Werner, Auguste-Raynald: "La Croix-Rouge et les Conventions de Genève: Analyse et synthese juridiques". CICR, 1943.

#### ENTREVISTAS PERSONALES:

- Eberlín, Philippe. Ginebra, septiembre 2004.
- Guisández Gómez, F.J. Febrero 2002, Noviembre 2005, Febrero 2006.
- Domenech Omedas, J.L. Septiembre 2005.
- Bordas Martínez, F. Mayo 2005.
- Currea, V. Octubre 2003.
- Loye, Dominique. Septiembre 2003 y Septiembre 2004.

## **ABREVIATURAS**

RNLI: Royal National Lifeboat Institution

ILC: international Lifeboat Conference

CFICR: Conferencia Internacional de la Cruz  
Roja.

CRE: Cruz Roja Española

RICR: Revista Internacional de la Cruz Roja

CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja

BH: Buque Hospital

BS: Embarcación de Salvamento

AS: Aeronave sanitaria.

TSM Transporte sanitario Marítimo

TSA Transporte Sanitario Aéreo

CFD Conferencia Diplomática

DADIHACAM Documento armonizado de Derecho

Internacional Humanitario Aplicables  
a los Conflictos Armados en el Mar.

OACI Organización de la Aviación Civil

Internacional

OMI Organización Marítima Internacional

UIT Unión Internacional de las

Telecomunicaciones.





# Í N D I C E

	Página
<b><u>TITULO PRELIMINAR</u></b> .....	2
1.) INTRODUCCIÓN.....	3
2.) ESTRUCTURA Y SÍNTESIS DEL CONTENIDO...	4
3.) EL DERECHO DE LOS CONFLICTOS	
ARMADOS Y EL TRANSPORTE	
SANITARIO MARÍTIMO.....	12
3.1) La guerra y el derecho	
consuetudinario.....	14
3.1.1) La Edad Antigua.....	18
3.1.2) La Edad Media.....	19
3.1.3) La Edad Moderna.....	20
3.1.4) La Edad Contemporánea	
hasta la mitad del Siglo XIX...	21
3.2) La Regulación en el Derecho	
de los Conflictos Armados: Normas	
y Fuentes en general y del	
Transporte sanitario marítimo	
y aéreo en especial.....	22
3.3) La guerra y el Derecho	
Internacional Humanitario.....	28
3.4) Concepto Normativo del	
Transporte Sanitario Marítimo	
y Aéreo en los Conflictos Armados....	34

3.5) Guerra Marítima y Aérea: su significado como medios de actuación del transporte sanitario...	36
3.5.1) La Guerra Marítima.....	37
3.5.2) La Guerra Aérea.....	41

## **TITULO I**

### **LA SANIDAD EN LA NAVEGACION MARÍTIMA Y AEREA: ORIGEN, LOS TIPOS DE MEDIOS Y LA ACTUACIÓN EN LOS CONFLICTOS ARMADOS.**

CAPÍTULO 1: APUNTES HISTÓRICOS SOBRE LAS CONDICIONES DE LA NAVEGACIÓN Y DE LA SANIDAD MARÍTIMA.....	51
---	----

1. De la Edad Antigua al descubrimiento de América.....	51
2. Sanidad marítima en las galeras. De la batalla de Lepanto a la Armada Invencible..	63
3. Estructuración sanitaria a bordo de las naves de combate en el siglo XVII.....	80
4. La higiene naval en el siglo XVIII.....	85
5. El XIX: un siglo de agitaciones.....	93
6. Primer tercio del siglo XX. Del desastre	

del 98 a la guerra civil.....	107
7.De la guerra civil española a los Convenios de Ginebra de 1949.....	116

CAPITULO 2: LA ORGANIZACIÓN SANITARIA:	
SUJETOS ACTIVOS. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN	
ACTUAL. ALGUNOS TESTIMONIOS DE GUERRA	
DE MÉDICOS MILITARES A BORDO. SERVICIO	
MÉDICO EN LOS BUQUES DE GUERRA.....	127
1.Organización sanitaria: sujetos	
activos. Evolución y situación	
actual.....	127
1.1.Cuerpo de Sanidad.....	127
1.2.Cuerpo de Farmacéuticos.....	147
1.3.Cuerpo de Practicantes.....	151
2.Testimonios de médicos militares	
a bordo.....	158
3.El servicio médico en los buques	
de guerra.....	174
3.1. Dotación de personal.....	174
3.2. Puestos de socorro.....	177
3.3. Pasos de heridos.....	180
3.4. Medios de transporte de	
heridos.....	181
3.4.1. Medios de Transporte para	
trasladar al herido acostado.....	182

3.4.1.1. Las Camillas Parihuelas..	182
3.4.1.2. La Hamaca o Coi.....	182
3.4.2. Medios de Transporte para trasladar al herido sentado o inclinado.....	183
3.4.2.1. El Sillón.....	183
3.4.2.2. La Gotiera de Bonnet.....	184
3.4.2.3. Traslado de heridos desde las cofas.....	184

3.5. El funcionamiento del servicio de heridos.....	184
--	-----

CAPÍTULO 3: LAS EMBARCACIONES DE SALVAMENTO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS.....	197
---	-----

1. Los orígenes del salvamento marítimo...	197
2. El salvamento marítimo en España.....	203
3. La evolución del salvamento en el mar..	218
4. El salvamento marítimo en conflicto armado. Involucración de las Sociedades de Salvamento a partir del Convenio de Ginebra de 1864.....	227

CAPÍTULO 4: EVOLUCIÓN DE LOS BARCOS HOSPITALES. LOS BARCOS HOSPITALES MÁS DESTACABLES Y SU ACTIVIDAD EN LOS CONFLICTOS BÉLICOS.....	240
---	-----

1.	Barcos hospitales: breves apuntes sobre el reconocimiento por el Derecho Internacional.....	240
2.	Tipos de barcos hospitales. Evolución.....	253
3.	Modus operandi del buque-hospital....	265
3.1.	Fases.....	265
3.1.1	Antes del Combate.....	265
3.1.2	Durante el Combate.....	266
3.1.3	Después del Combate.....	266
3.2	Modo de evacuación.....	267
3.3.	Regulación.....	268
3.3.1.	Primera reglamentación sobre organización del personal a bordo de los barcos hospitales y al personal militarizado de 06-10-1915, dictada por Francia..	268
3.3.2.	Factores para definir el apoyo médico.....	270
3.4	Medios Personales.....	271
4.	Principales buques hospitales durante los conflictos armados a partir de 1864.....	272
5.	Especial mención a los barcos hospitales en la guerra de las	

Malvinas.....	278
6. El caso español.....	283

CAPÍTULO 5: NAVEGACIÓN AÉREA. APORTACIÓN	
SANITARIA DE AVIONES, HIDROAVIONES Y	
HELICÓPTEROS. PRINCIPALES AERONAVES.....	298

1. Apuntes históricos sobre otro	
tipo de navegación: la navegación	
aérea.....	298
2. El nacimiento de la medicina aérea	
y de la aviación sanitaria.....	314
3. Evolución de las aeronaves.	
Aparatos más destacables.....	323
4. Transporte aéreo sanitario:	
tipos de transporte.....	340
5. Atención sanitaria en operaciones	
bélicas. Doctrina sanitaria OTAN.	
Su incorporación al derecho español..	346
6. Condiciones de evacuación por vía	
aérea.....	368
7. Protección del transporte aéreo	
sanitario.....	370

## **TITULO II**

### **NACIMIENTO Y DESARROLLO HISTÓRICO**

### **DEL DERECHO REGULADOR DEL TRANSPORTE**

### **SANITARIO MARÍTIMO Y AÉREO EN LOS**

### **CONFLICTOS ARMADOS..... 378**

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN: EL PRINCIPIO DE LA  
CODIFICACIÓN DE LAS NORMAS CONVENCIONALES  
HUMANITARIAS..... 379

CAPÍTULO 2. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL DERECHO  
SOBRE EL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO EN LOS  
CONFLICTOS ARMADOS: LOS PILARES PARA SU  
CONSTITUCIÓN, NACIMIENTO Y DESARROLLO HASTA  
LA CONVENCIÓN DE LA HAYA DE 1907 (PRIMERA  
ETAPA: 1856-1907)..... 384

1. Primera etapa: de la declaración  
de París de 1856 a la II Conferencia  
de la Paz de La Haya, 1907..... 386

1.1. Primera fase: Declaración de  
París de 1856 a I Conferencia de la  
Paz de La Haya de 1899..... 387

1.1.1. Declaración de París de 16 de  
abril de 1856, sobre la regulación



de los diversos aspectos de la guerra naval.....	390
1.1.2. Las Sociedades de Salvamento de Náufragos, futuras Sociedades de Socorro en los Conflictos Armados en el Mar.....	395
1.1.3. Conferencia Internacional de Ginebra de 1863, para el Comienzo de la Cruz Roja Internacional.....	398
1.1.4. Convenio de Ginebra, de 22 de Agosto de 1864, para Mejorar la Suerte de los Militares heridos en Campaña.....	405
1.1.5. Congreso de Madrid de 1864. Guerra Marítima.....	412
1.1.6. La Cruz Roja Española estudia y considera en 1866 la protección de las ambulancias con pabellón blanco con cruz roja.....	414
1.1.7. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de París, 31 de agosto de 1867.....	415
1.1.8. Conferencia Diplomática de octubre de 1868.....	426
1.1.9. Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Berlín de 1869.....	435
1.1.10. IV Conferencia Internacional	

de las Sociedades de la Cruz Roja.

Carlsruhe 1887..... 466

1.1.10.1. Introducción.....

466

1.1.10.1.1. La guerra

franco-prusiana de 1870... 467

1.1.10.1.2. La Conferencia

de Bruselas de 1874..... 470

1.1.10.1.3. La guerra ruso-

turca de 1877..... 471

1.1.10.1.4. La Conferencia

de Ginebra de 1884..... 477

1.1.10.1.5. La guerra

serbio-búlgara de 1885.... 478

1.1.10.2. La IV Conferencia

Internacional de la Cruz

Roja de Carlsruhe, de 1887.... 480

1.1.11. La V Conferencia

Internacional de la Cruz Roja

de Roma, 1892..... 487

1.1.12. La III Convención de

La Haya de 29 de Julio de 1899,

sobre la adaptación de los

principios de la Convención de

Ginebra de 22 de agosto de 1864... 495

1.1.12.1. Introducción:	
Antecedentes previos.....	495
1.1.12.2. La Guerra Chino-	
Japonesa de 1894.....	507
1.1.12.3. La VI	
Conferencia Internacional de	
La Cruz Roja de Viena de 1897....	511
1.1.12.4. La Guerra	
Hispano-Norteamericana	
(Cuba y Filipinas) de 1898.....	512
1.1.12.5. La Primera Conferencia	
de la Paz de La Haya de 1899,	
y el Convenio III para aplicar a	
la guerra marítima los principios	
del Convenio de Ginebra de 1864..	517
1.1.13. Declaración de La	
Haya, de 29 de julio de	
1899, relativa al lanzamiento	
de proyectiles o explosivos	
desde lo alto de globos o	
por medios análogos nuevos..	522
1.2. <u>Segunda Fase: (1900-1907)</u> .....	523
1.2.1. Conferencia de La Haya de	
1904. Convenio de 21 de diciembre	
de 1904, relativo a los	
barcos hospitales.....	525

1.2.2. La guerra ruso-japonesa 1904-1905.....	527
1.2.3. Conferencia Diplomática de 1906 y Convención de Ginebra de 6 de julio de 1906, para la mejora de la suerte de los Ejércitos de Campaña.....	530
1.2.4. La VIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja, Londres 1907.....	533
1.2.5. La Segunda Conferencia de La Paz de La Haya de 1907.....	537

1.2.5.1. Introducción: antecedentes previos y diferentes Convenios de La Haya de 1907, relativos a la guerra marítima.....	537
--	-----

1.2.5.2. El X Convenio de La Haya, de 18 de octubre de 1907, para aplicar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra.....	543
--	-----

1.2.6. Análisis de la situación del transporte sanitario marítimo en los conflictos armados hasta 1907, y actuación hasta esa fecha de las sociedades de la Cruz	
--	--

Roja en la guerra marítima.....	549
---------------------------------	-----

CAPÍTULO 3. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL DERECHO SOBRE EL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO Y AÉREO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS: DESARROLLO EN EL ÁMBITO MARÍTIMO Y LOS PILARES DEL NACIMIENTO Y PROGRESO DEL TRANSPORTE SANITARIO AÉREO (SEGUNDA ETAPA: 1907-2005) .....	568
---	-----

1. SEGUNDA ETAPA (Después de la Convención de La Haya de 1907 hasta 2005) .	568
--	-----

1.1. Primera fase 1907-1939 (después del convenio de La Haya de 1907, hasta el año 1939, antes del inicio de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945)) .....	571
---	-----

1.2. La necesidad de reglamentar diversos aspectos sobre la guerra marítima.....	576
--	-----

1.3 La primera guerra mundial y el X Convenio de La Haya de 1907.....	581
--	-----

1.3.1. Introducción: las causas que provocaron el conflicto.....	581
---	-----

1.3.2. Las partes en el conflicto	
-----------------------------------	--

bélico y los diferentes frentes.....	583
1.3.3. La batalla naval de Jutlandia..	584
1.3.3.1. La estrategia.....	584
1.3.3.2. Las victimas en el combate naval de Jutlandia y la actividad sanitaria.....	586
1.3.4. La actuación de los barcos hospitales en la Segunda Guerra Mundial.....	589
1.3.5. Francia y el primer texto sobre reglamentación del servicio sanitario a bordo de los buques hospitales y el personal militarizado de 1915.....	590
1.3.6. La X Convención de La Haya y su aplicación el la primera guerra mundial.....	591
1.3.7. El final de la guerra.....	595
1.4. Las embarcaciones de salvamento y la problemática de su protección en los conflictos armados: Conferencia de Oslo de 1917 y el nacimiento de la Conferencia Internacional de Salvamento (ILC) de 1924.....	596
1.4.1. La Conferencia de Oslo de 1917.	596
1.4.2. El nacimiento de la	

Conferencia Internacional de Salvamento "International Lifeboat Conference" (ILC) de 1924....	597
1.5. Congresos de medicina y la sanidad en el medio marítimo.....	603
1.6. Las primeras iniciativas para la regulación de la aviación sanitaria en los conflictos armados.....	605
1.7. La X Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra, de 30-03-1921.....	608
1.8. Proyecto de Código para la reglamentación de la guerra aérea. Las Reglas de la Haya de 1923. La introducción del derecho del transporte sanitario, y el precedente de la Reunión de 1911.....	610
1.8.1. Introducción: Necesidad de regular la guerra aérea.....	610
1.8.2. Reunión de Madrid de 1911 y la guerra aérea.....	610
1.8.3. Proyecto de Código para la Reglamentación de la guerra aérea. Reglas de la Haya.....	611

1.9. La XI Conferencia Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, 28-08-1923.....	613
1.10. La XII Conferencia Internacional de la Cruz Roja. Ginebra, octubre de 1925....	620
1.11. Congresos Internacionales relativos a la aviación sanitaria (1911-1925).....	641
1.12. La XIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja. La Haya, 1928.....	643
1.13. La Convención de Ginebra 1929 y el transporte sanitario.....	645
1.14. La XIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja. Bruselas 1930.....	650
1.15. Las XV y XVI Conferencias Internacionales de Cruz Roja de Tokio 1930 y Londres de 1938.....	658
2. Segunda fase 1939 (inicio de la Segunda Guerra Mundial) hasta el año 2005.	660
2.1. La Segunda Guerra Mundial y la actividad del transporte sanitario marítimo y aéreo.....	664
2.1.1. Introducción.....	664



2.1.2. La participación activa del transporte sanitario marítimo y aéreo.....	665
2.1.2.1. El transporte sanitario marítimo.....	665
2.1.2.2. El transporte sanitario aéreo.....	667
2.1.2.2.1. El avión sanitario convencional.....	668
2.1.2.2.2. El hidroavión sanitario.....	668
2.1.2.2.3. El helicóptero sanitario.....	670
 2.2. La XVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1948.....	670
2.2.1. Introducción: la necesidad de regular normas que demandaba la realidad del momento.....	671
2.2.2. Reunión de expertos (1945).....	672
2.2.3. Conferencia de Expertos Gubernamentales de 1947.....	673
2.2.4. La aprobación del proyecto convencional.....	674
2.3. La Conferencia Diplomática de 1949...	674

2.4. La guerra de Corea y el transporte sanitario marítimo y aéreo (1950-1953).....	678
2.4.1) Introducción.....	678
2.4.2) La actividad del transporte sanitario marítimo y aéreo.	679
2.4.2.1) Ámbito marítimo.....	679
2.4.2.2) Ámbito aéreo.....	682
2.5. La VII Conferencia Internacional de Salvamento Marítimo de Estoril de 1955.	683
2.6. El helicóptero como punto de mira para su protección en el II Congreso Internacional de Vuelo Vertical de San Remo (1954), la Conferencia de la Asociación Jurídica Internacional, la Comisión de Derecho Internacional Médico de I.L.A. en Lieja (1962) y la Sociedad Francesa de Derecho Internacional Médico (1962).....	689
2.7. Las Organizaciones, Conferencias, Convenios y Normas Internacionales de Aviación Civil (OACI), Organización Marítima (OMI) y Telecomunicaciones (UIT), y los transportes sanitarios marítimos y aéreos en los conflictos armados: su nexo común desde 1944 a 1965.....	690

2.7.1. La Organización de la Aviación Civil Internacional (OACI).....	691
2.7.2. La Organización Marítima Internacional (OMI).....	692
2.7.3. La Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT).....	693
 2.8. El estudio sobre la protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra de E. Evrad y la Comisión médico-jurídica de Mónaco (1966).	695
2.8.1. E. Evard y su estudio "La protección jurídica de los transportes aéreos sanitarios en tiempo de guerra".....	695
2.8.2. La Comisión médico-jurídica de Mónaco y su estudio sobre la aviación sanitaria.....	697
2.9. La XXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Estambul de 1969.....	698
2.10. La Guerra de Vietnam y la actividad del helicóptero como medio de salvaguarda de los heridos en combate (1964-1973).....	701
2.10.1. Introducción.....	701
2.10.2. El helicóptero como medio de salvaguarda de los heridos en combate.....	703

2.11. Reuniones de expertos técnicos de 1970, en Ginebra y Conferencia de Expertos Técnicos Gubernamentales sobre la reafirmación y el desarrollo del Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados de 1971 y 1972, en Ginebra.....	705
2.12. La Conferencia Diplomática de 1974-1977.....	708
2.13. Organizaciones Internacionales en apoyo a los medios de identificación aprobados por la Conferencia Diplomática de 1974-1977: CAMP 79.....	711
2.13.1. La Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT).....	711
2.13.2. La Organización Consultiva Marítima Internacional (OCMI).....	713
2.13.3. La Organización Internacional de Aviación Civil (OACI).....	714
2.14. La XXIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Manila de 1981.....	716
2.15. El conflicto armado de las Islas Falkland-Malvinas de 1982 y la aplicación del II Convenio de Ginebra de 1949.....	719
2.16. El Tratado de Ginebra de 1958 sobre la Alta Mar y La Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho Del	

Mar de 1982.....	727
2.17. La XIV Conferencia Internacional de Salvamento de Marítimo "ILC" de Goteborg (Suecia) de 1983 y Reunión del Grupo especial de Trabajo en abril 1984..	727
2.17.1. Reunión del Grupo especial de Trabajo en abril 1984, a propuesta de la XIV ILC.....	729
2.18. Reunión de Expertos Navales Gubernamentales en Ginebra en 1986	730
2.19. La XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Ginebra de 1986.....	733
2.19.1. El Manual para uso de las Tripulaciones de los Barcos de Salvamento en Conflicto Armado.....	736
2.20. La XV Conferencia Internacional de Salvamento de Marítimo "ILC" de La Coruña (España) de 1987.....	737
2.21. Las Actividades de las Organizaciones Internacionales (OMI, UIT Y OACI) respecto de los Medios de Identificación hasta 1988: El uso de señales visuales de identificación (1-1-86); CAMR-87; la Conferencia Plenipotenciaria de Niza, 1988; y Aprobación de Luces Azules por OACI 1987.....	739
2.21.1. Organización Marítima Internacional (OMI).....	739
2.21.2. Unión Internacional	

de Telecomunicaciones (UIT) y la CAMR-87, y la Conferencia Plenipotenciaria de Niza, 1988:.....	740
2.21.2.1. La Conferencia Administrativa Mundial de Radiocomunicaciones para los Servicios Móviles (CAMR Mov-87).....	740
2.21.2.2. La Conferencia Plenipotenciaria de la UIT, Niza 1988.....	742
2.21.3. Organización de Aviación Civil Internacional (OACI).....	742
2.22. Reuniones de Expertos Técnicos Navales en San Remo 1987; Madrid 1988 y Bochum 1989, Previas a la Elaboración del Manual de San Remo de 1994.....	743
2.22.1. Mesa Redonda de Expertos en Derecho Internacional Humanitario en los Conflictos Armados en el Mar, San Remo 1987.....	743
2.22.2. Mesa Redonda de Expertos de derecho Internacional Humanitario, aplicable a los conflictos armados en el Mar, Madrid 1988.....	745

2.22.3. Mesa Redonda de Expertos de derecho Internacional Humanitario, aplicable a los conflictos armados en el Mar, Bouchon 1989.....	750
2.23. Actividades del CICR y su impulso en pro de los Medios Técnicos de Señalamiento y de Identificación hasta 1990, y El Manual para la Utilización de Medios Técnicos de señalamiento y de identificación de 1990.....	755
2.23.1. Las Actividades del CICR y su Impulso en pro de los Medios Técnicos de Señalamiento y de Identificación hasta 1990.....	755
2.23.2. El Manual para la Utilización de Medios Técnicos de señalamiento y de identificación de 1990.....	757
2.24. Reunión de Expertos 1990 y Anexo al artículo 98 del Protocolo I de 1993....	758
2.24.1. Reunión de Expertos de 1990....	758
2.24.2. El Anexo I del artículo 98....	760
2.25. El Manual de San Remo de 1994.....	762
2.26. La XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja de 1995.....	772

2.27. La XVII Conferencia Internacional de Salvamento "ILC" de Uruguay, 1995.....	773
2.28. La Identificación de los Transportes Sanitarios en los Conflictos Armados mediante los procedimientos de Radiotelecomunicación a partir de 1995.....	774
2.29. El Proyecto del Manual para la Guerra Aérea y de Mísiles (2004) y la Actualización del Manual de San Remo (2005).....	778
2.30. La Conferencia Diplomática del 5 y 6 de Diciembre del 2005 para la Actualización sobre el Emblema Adicional a los de la Cruz Roja y Media Luna Roja.....	779

### TÍTULO III

<u>ANÁLISIS DEL DERECHO ACTUAL DEL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO Y AÉREO:</u>	
<u>LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 1949,</u>	
<u>LOS PROTOCOLOS ADICIONALES DE 1977</u>	
<u>Y LAS PAUTAS DEL MANUAL DE SAN REMO.....</u>	789

CAPÍTULO 1: LA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO EN LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 1949.....	790
--	-----



1. Análisis, aportación e incidencia del I Convenio de Ginebra en relación con la regulación de los barcos hospitales.....	790
2. Estructura de la Convención de Ginebra y la protección otorgada a los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar.....	792
2.1. Estructura de la II Convención de Ginebra.....	792
2.2. La protección otorgada a los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar.....	793
3. La configuración jurídica de los barcos hospitales y la protección otorgada desde el II Convenio de Ginebra.....	800
4. La configuración jurídica de las embarcaciones de salvamento y la protección otorgada desde el II Convenio de Ginebra.....	813
5. El denominado transporte sanitario en el II Convenio de Ginebra, su catalogación, configuración y protección. Otros transportes protegidos en los Convenios III y IV.....	827

CAPÍTULO 2: LA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO AÉREO EN LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 1949.....	831
---	-----

1. La configuración jurídica de las aeronaves sanitarias y la protección otorgada desde el I y II Convenio de Ginebra.....	831
2. Heridos, enfermos y náufragos: una categoría jurídica específica.....	839

CAPÍTULO 3: LA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO EN EL PROTOCOLO ADICIONAL I DE 1977.....	840
--	-----

1.Cuestiones jurídicas definidoras de los Protocolos de 8 de junio de 1977 adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949.....	840
---	-----

2.Heridos, enfermos y náufragos: una categoría jurídica ampliada.....	843
--	-----

3.Unidades sanitarias, transporte sanitario y medios de transporte sanitario.....	851
--	-----

3.1 Unidades sanitarias y la inclusión de	
---	--

los transportes sanitarios por agua o por vía aérea.....	851
3.2 Transporte sanitario: su concepto general, y en especial el de agua y aire.....	853
3.3 Medios de transporte sanitario: su significado en general, y los de agua y aire en especial.....	855
4.Barcos hospitales y embarcaciones costeras de salvamento.....	857
5.Otros buques y embarcaciones sanitarios..	863
6.La Protección del Personal Sanitario y Religioso y de las Tripulaciones.....	870
6.1 Personal Sanitario.....	870
6.2 Personal Religioso.....	874
6.3 Personal de las Tripulaciones.....	875
CAPÍTULO 4: LA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO AÉREO EN EL PROTOCOLO ADICIONAL I DE 1977.....	
1.Protección de las aeronaves sanitarias....	877
2.Disposiciones de aplicación.....	897

CAPÍTULO 5: LAS ACCIONES DE SOCORRO EN BENEFICIO  
DE LA POBLACIÓN CIVIL EN LA IV CONVENCIÓN Y EN  
EL PROTOCOLO I, Y EL TRANSPORTE SANITARIO  
MARÍTIMO Y AÉREO PARA CONSEGUIR SU OBJETO..... 917

1. Principios generales..... 917
2. Necesidades fundamentales objeto de  
socorro..... 919
3. Acciones de socorro..... 921
4. Protección del personal que participa en  
acciones de socorro..... 925

CAPÍTULO 6: LA IDENTIFICACIÓN DE LOS TRANSPORTES  
SANITARIOS MARÍTIMOS Y AÉREOS COMO MEDIO DE  
PROTECCIÓN EN LOS CONFLICTOS ARMADOS..... 928

1. Introducción..... 928
2. El Signo distintivo, único Medio  
de Identificación para la Protección de  
los Transportes sanitarios y Aéreos hasta  
los Convenios de Ginebra de 1949..... 929
3. Los Medios de Identificación en el  
Transporte Sanitario Marítimo y Aéreo después  
de la Convención de Ginebra de 1949, y  
la Evolución de la Tecnología para la  
Consecución de una eficaz Protección..... 932

CONCLUSIONES GENERALES.....	954
ANEXOS.....	979
ANEXO I.	
DECLARACIÓN DE PARÍS DE 1856.....	979
ANEXO II	
PROYECTO DE CONCORDATO DEL COMITÉ INTERNACIONAL 26 DE OCTUBRE DE 1863.....	980
ANEXO III	
RESOLUCIONES DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE GINEBRA DE OCTUBRE DE 1863, PARA EL COMIENZO DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL.....	981
ANEXO IV.	
CONVENIO DE GINEBRA, DE 22 DE AGOSTO DE 1864, PARA MEJORAR LA SUERTE DE LOS MILITARES HERIDOS EN CAMPAÑA.....	983
ANEXO V	
EL PRIMER PROYECTO DE REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO MARÍTIMO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS: ARTÍCULOS ADICIONALES A LA CONVENCION DEL 22 DE AGOSTO DE 1864, SOBRE LA EXTENSION A LAS FUERZAS NAVALES DE LOS PRINCIPIOS DE DICHA CONVENCION. GINEBRA, 20 OCTUBRE 1868.....	985
ANEXO VI.	
III CONVENIO DE LA HAYA, DE 29 DE JULIO DE 1899, PARA APLICAR A LA GUERRA MARÍTIMA LOS PRINCIPIOS DEL CONVENIO DE GINEBRA DE 22 DE AGOSTO DE 1864.....	989 9
ANEXO VII	
CONVENIO DE LA HAYA, DE 21 DE DICIEMBRE DE 1904, RELATIVO A LOS BARCOS HOSPITALES.....	992

## ANEXO VIII.

X CONVENIO DE LA HAYA DE 18 DE OCTUBRE DE 1907, PARA APLICAR A LA GUERRA MARÍTIMA LOS PRINCIPIOS DEL CONVENIO DE GINEBRA.....	993
---	-----

## ANEXO IX.

PROYECTO PREPARADO POR EL CICR CON MOTIVO DE LA SOLICITUD PLANTEADA POR EL GOBIERNO FRANCÉS EN LA ANTERIOR XI CFICR DE 1923 A PRESENTAR EN LA XII CFICR DE 1925, SOBRE: "CONVENCIÓN ADICIONAL A LA CONVENCIÓN DE GINEBRA DE 1906 Y A LA DE LA HAYA DE 1907 PARA LA ADAPTACIÓN A LA GUERRA MARÍTIMA DE LOS PRINCIPIOS DE LA CONVENCIÓN DE GINEBRA".....	999
---	-----

## ANEXO X

CONVENIO DE GINEBRA DE 1929. DISPOSICIONES DE APLICACIÓN .....	1003
---	------

## ANEXO XI

PROYECTO DE CONVENCIÓN ADICIONAL A LA CONVENCIÓN DE GINEBRA DE 1929 Y AL DE LA HAYA DE 1907 PARA LA ADAPTACIÓN A LA GUERRA AÉREA DE LOS PRINCIPIOS DE LA CONVENCIÓN DE GINEBRA.....	1005
--	------

## ANEXO XII

PROTOCOLO III A LOS CONVENIOS DE GINEBRA DE 1949 SOBRE EMBLEMA DE LA CRUZ ROJA.....	1009
--	------

## BIBLIOGRAFIA..

Fuentes Primarias.....	1016
Fuentes Secundarias.....	1022

ABREVIATURAS.....	1042
-------------------	------

ÍNDICE.....	1043
-------------	------